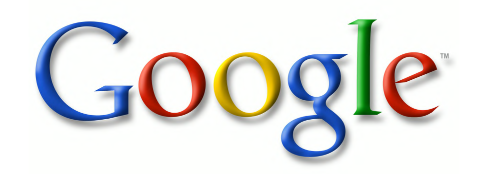
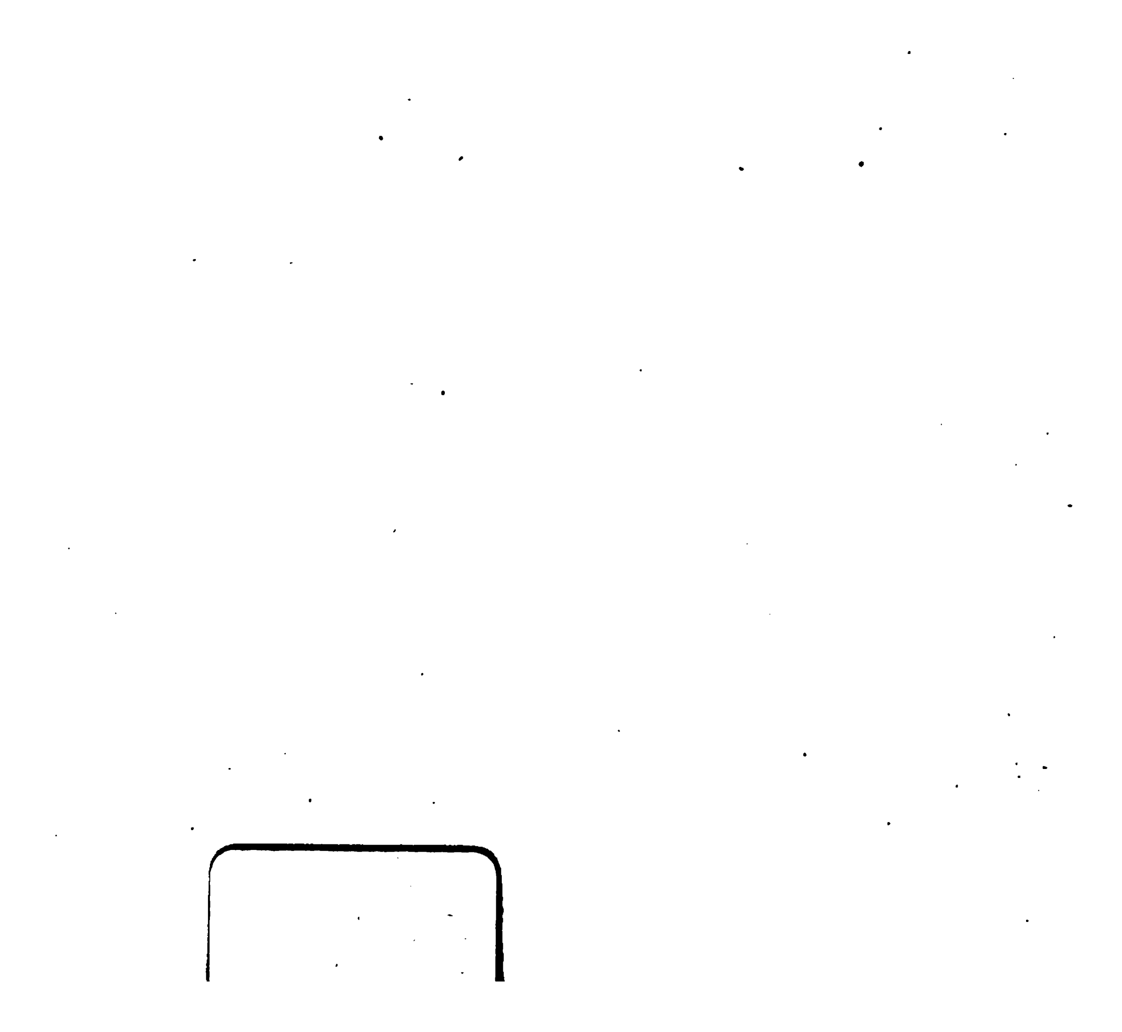




REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON
Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

GIUSEPPE BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen.

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

E. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

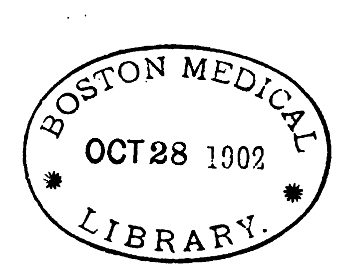
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Dr Jules BATUAUD
Ancien interne de Saint-Lazare

TOME SEIZIÈME

PARIS
ADMINISTRATION ET RÉDACTION
45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

1894


BOSTON MEDICAL
OCT 28 1902
LIBRARY.



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

Les réflexes utérins (*Suite*).

Voici, résumée dans ses points essentiels, la discussion qui a suivi la communication de M. Macnaughton Jones analysée dans notre précédente Revue.

Le Dr Bantock appuie énergiquement les conclusions du Dr Macnaughton Jones. Pour lui, les névroses n'existent jamais sans une cause matérielle, et, chez les femmes, les affections utérines jouent un rôle très important et sont la cause la plus fréquente de ces états dénommés névroses. Il croit que l'ignorance de la gynécologie rend très difficile le traitement d'un grand nombre d'états morbides. Par exemple, une douleur à un pied, rebelle à tout traitement direct, guérit rapidement par le traitement d'une induration du col avec catarrhe utérin. L'auteur pourrait rapporter beaucoup de cas semblables. Dernièrement, une femme de 40 à 50 ans, mère de plusieurs enfants, ayant été inutilement soignée pendant longtemps par un spécialiste de maladies nerveuses, vit disparaître tous ses troubles nerveux par un traitement utérin. Ces jours derniers, il vit une femme traitée sans succès par un éminent spécialiste pour des troubles vésicaux ; ayant trouvé la vessie normale et une rétroversion mobile de l'utérus, il

plaça un pessaire et les troubles vésicaux disparurent aussitôt.

Le Dr ROUTH défend les mêmes opinions. Il a vu de nombreux cas de migraines et d'autres troubles nerveux, traités par divers consultants comme des affections du foie, de la rate, de la vessie, de l'estomac et qui ne disparurent que par un traitement gynécologique. Dans un cas de manie homicide, chez une femme mariée, la guérison survint après trois jours de cautérisations d'une large ulcération du col et de la cavité utérine. De même, il a trouvé que l'ulcération ou l'endométrite étaient souvent la cause de la dyspepsie. Pour quiconque veut instituer un traitement rationnel, il est indispensable de se rappeler toujours les relations étroites qui existent entre les affections pelviennes et les troubles du système nerveux.

Le Dr EDIS s'associe aux idées défendues par les précédents orateurs. Il a vu bon nombre de cas de dyspepsie inutilement traités par toutes sortes de remèdes qui guérirent par des soins gynécologiques. Pour ce qui est des désordres mentaux, il a vu une femme déjà retenue dans un asile depuis deux ans; elle avait une rétroflexion avec la congestion habituelle en pareil cas ; on avait tout fait sauf la seule chose nécessaire ; la rétroflexion ayant été traitée, la malade sortit de l'asile guérie au bout de trois mois. Un cas de sciatique très pénible qui avait résisté à tous les médecins fut rapportée par lui à une sténose du col avec antéflexion ; la discission du col amena la guérison et la malade qui était mariée depuis 6 ans et n'avait pas eu de grossesse, devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant bien portant. Le bromure de potassium qui est particulièrement efficace dans l'épilepsie est aussi le médicament qui combat le mieux la congestion pelvienne. Enfin l'asthme et la chorée sont souvent guéris par un traitement gynécologique.

Le Dr BEDFORD FENWICK, en faisant le relevé des observations de son service d'hôpital, constate qu'il n'y a guère que 10 % des malades qui se plaignent de symptômes directement

en rapport avec des lésions pelviennes. La plupart accusent des troubles du côté de l'estomac ou du côté de la poitrine, puis viennent les troubles vasculaires, rougeur ou anémie, tension vasculaire très haute ou très basse. Bien des faits cliniques sont là pour prouver avec quelle facilité on peut se laisser tromper par des symptômes réflexes. On lui adresse une malade pour obstruction intestinale, on avait porté le diagnostic d'affection maligne du cœcum tellement les matières étaient petites et aplaties. Il constata une rétroflexion avec des myomes utérins ; le repos au lit, les hanches étant soulevées, et les injections chaudes firent monter l'utérus dans l'abdomen, le désenclavèrent si bien que tous les signes d'obstruction disparurent. Souvent les femmes se plaignent de symptômes cardiaques, alors que l'utérus seul est en cause. Une malade souffrait depuis 4 ans 1/2 de palpitation et d'anémie ayant résisté à tous les traitements. On découvrit un polype de l'utérus ; après l'ablation de ce polype les palpitations et l'anémie disparurent rapidement. Un cas est envoyé comme affection rénale à l'hôpital ; la malade meurt ; on trouve les deux reins kystiques et les uretères obstrués, mais la cause était un gros fibrome de l'utérus qui avait été méconnu. Une malade tellement amaigrie et fatiguée qu'on suspectait une phtisie n'avait autre chose qu'un prolapsus de l'utérus et érosion du col ; la simple application d'un pessaire suffit à lui rendre la force et la santé. Un ou deux cas de troubles mentaux ont disparu après l'ablation des ovaires, mais l'auteur ne veut pas conclure de ces faits qu'il faut enlever les ovaires à toutes les femmes atteintes de folie, comme cela a été dernièrement proposé.

Le D[r] Robert BARNES considère les affections pelviennes comme la cause la plus fréquente des troubles nerveux : hystérie, neuralgie, épilepsie, chorée et même folie ; ces troubles nerveux ne sont, pour lui, que des symptômes et non des

entités morbides. Il y a, dans ces assertions, au moins une très grosse part d'exagération.

Le Dr D. SPANTON rapporte un certain nombre d'observations intéressantes. Dans la première, il s'agit de vomissements incoercibles avec dysménorrhée grave considérés comme hystériques, durant depuis plusieurs années et ayant amené la malade à deux doigts de la mort. Ces symptômes étaient causés par une sténose congénitale du col et l'opération ramena en peu de temps la santé. Dans un autre cas de vomissements incoercibles, attribués à un ulcère de l'estomac et en réalité dus à une grossesse anormale, l'expulsion d'un « œuf apoplectique » fit cesser les vomissements, mais la malade mourut de faiblesse, sans hémorrhagie ; on était intervenu trop tard. L'auteur rapporte un cas de soi-disant aménorrhée fonctionnelle traitée sans succès par un grand nombre de médecins et pour laquelle on finit par conseiller le mariage, alors que la malade ne pouvait pas avoir ses règles : il y avait une absence complète de l'utérus et des ovaires. Une autre malade soignée pendant des mois pour une tumeur abdominale, n'avait, comme le démontra un examen local sous le chloroforme, qu'une tympanite hystérique.

Le Dr MANSELL MOULLIN admet que, dans tous les cas, il faut examiner les organes pelviens dont les lésions peuvent retentir sur tous les organes de l'économie. Mais il croit que le Dr MACNAUGHTON JONES a beaucoup exagéré sa thèse, et que bien des points de détail seraient sujets à discussion, surtout les névrites optiques, les blennorrhagies rétiniennes, l'alopécie nerveuse, l'ulcère de l'estomac, etc.; il désirerait aussi des explications plus détaillées sur les relations entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie avec la fonction menstruelle et sur le traitement de ces névroses par l'oophorectomie.

Pour le Dr MORTON, il est juste d'attirer l'attention sur les réflexes utérins et de nombreux troubles de la santé peuvent

en effet être causés par une affection pelvienne, mais il ne faudrait pas oublier non plus que la santé générale peut réagir sur les organes pelviens et faire échouer le traitement local. Il signale l'arthrite rhumatoïde, l'acné de l'adolescence et la dypsomanie comme étant en rapport assez souvent avec des lésions de l'appareil utéro-ovarien.

Le Dr TRAVERS signale deux cas traités sans succès, l'un pendant 11 ans, l'autre pendant 8 ans, par toutes sortes de moyens médicaux et qui guérirent très rapidement par la simple application d'un pessaire. Il insiste sur la nécessité de protester contre le terme d' « âge critique » explication trop facile dont on abuse, alors qu'on s'expose à laisser passer inaperçues des affections locales sérieuses, et même des affections malignes.

Le Dr LEITH NAPIER critique les exagérations contenues dans le mémoire de MACNAUGHTON JONES. Il croit qu'on doit diviser les névroses en deux catégories distinctes : 1° celles qui sont dues à une irritation réflexe ; 2° celles qui sont constitutionnelles.

D'après le Dr HEYWOOD SMITH il y a lieu de remarquer combien les cas sont différents les uns des autres, au point de vue des réflexes ; c'est ainsi que la même impression des organes de la génération qui, chez une femme, donne lieu à des réflexes importants ne causera que des réflexes insignifiants, chez une autre femme. Un grand nombre des symptômes des lésions pelviennes sont des réflexes et non des symptômes directs, comme la douleur à l'ombilic considérée comme un signe de maladie du fond de l'utérus. Il lui semble que le nombre des migraines, des nausées, des épistaxis, des douleurs mammaires, etc., est beaucoup plus considérable que celui qui a été donné. Il insiste sur les relations qui existent entre les seins et les organes de la génération ; les seins font du reste pour ainsi dire partie des orga-

nes générateurs. Sans doute, la santé générale influe sur les organes pelviens et réciproquement; mais il est une règle que les praticiens ne doivent jamais oublier, c'est de faire un examen local toutes les fois qu'il y a des troubles des organes éloignés. Le rhumatisme est, dans bien des cas, associé avec l'utérus goutteux. Il insiste, avec le Dr TRAVERS, sur la nécessité de suspecter gravement tous les cas dans lesquels il survient des pertes de sang, alors que les règles ont cessé depuis un an ou deux, et de ne jamais se contenter de rapporter ces pertes à l'âge critique.

Le Dr JANNISON parle des soi-disant névralgies de l'ovaire qui sont en réalité des névrites périphériques dues à l'alcool, et il pense que les gynécologistes n'ont pas toujours étudié assez sérieusement le côté nerveux de la question. Non seulement il faut, dans tous les cas, examiner les organes pelviens, mais il faut aussi, dans tous les cas, s'occuper des conditions de la santé générale.

Le Dr BOWREMAN-JESSETT croit qu'on exagère un peu des deux côtés, aussi bien lorsqu'on dénie toute influence aux lésions pelviennes sur la production des névroses, que lorsqu'on considère toutes les névroses comme de simples symptômes des lésions pelviennes. Il regrette qu'il n'y ait pas dans la Société un plus grand nombre de médecins faisant de la médecine générale, car ils auraient peut-être cité des cas qu'ils avaient guéri après insuccès du traitement fait par les gynécologistes. Il a guéri dernièrement une jeune femme en lui faisant faire de l'exercice et en substituant un traitement général alors que le repos au lit auquel elle avait été condamné, pendant plusieurs mois, par un éminent gynécologiste, n'avait fait que détériorer la santé générale. Le Dr MACNAUGHTON JONES a parlé de cas de dysménorrhée traités avec succès par l'ablation des annexes, et l'orateur a eu lui-même des succès semblables, mais il faut bien dire que l'oophorectomie ne guérit pas tous les cas et quelquefois, alors que les conditions

semblent identiques, il n'y a aucune amélioration après l'opération. Enfin, il demande qu'on apporte des observations détaillées, car, dans bien des cas, les symptômes dits réflexes pensent reconnaître une autre cause ; pour prouver qu'il s'agit bien de réflexes, il faudrait montrer la guérison de ces symptômes par le seul traitement de l'affection pelvienne.

JULES BATUAUD.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

et traitement des inflammations pelviennes. — Rôle des transfusions hypodermiques

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite et fin.*)

—

OBSERVATION XXVIII.

Pelvi-péritonite développée autour d'un fibrome utérin. — Transfusions hypodermiques de sérum artificiel. Guérison de la pelvi péritonite secondaire. (Dr AUBEAU).

Mme D..., 38 ans, se sait atteinte depuis 20 ans, (elle a consulté un grand nombre de médecins), d'un fibrome utérin qui s'est développé graduellement, et remplit à peu près l'abdomen.

Je la vois en juin 1888, parce que, en six semaines, la tumeur s'est augmentée brusquement d'un cinquième. En même temps, il y a eu de la fièvre, des nausées, des vomissements.

J'admets que cette augmentation brusque est due, soit à une poussée inflammatoire d'un lobe du fibrome, qui a provoqué la congestion et l'infiltration œdémateuse d'une partie de la tumeur, soit à une péritonite développée par contiguïté au niveau des points de la tumeur enflammés, sous l'influence d'une cause que je n'ai pu élucider.

Dans les deux hypothèses, je crois que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel peuvent rendre des services, ne serait-ce que comme tonique, comme moyen de faire cesser les vomissements, etc.

La malade les accepte volontiers.

Une injection hypodermique de 10 grammes est pratiquée tous les jours pendant deux semaines.

Les douleurs, le mouvement fébrile, les vomissements cessent au bout de quelques jours, les nausées disparaissent aussi, les forces se relèvent bientôt.

Au bout de 15 jours, la tumeur a repris son volume ordinaire, celui qu'elle a depuis bien des années, et la malade cesse tout traitement.

REMARQUES. — L'existence de la fièvre, des nausées, des vomissements, coïncidant avec une augmentation brusque de volume de la tumeur semble bien se rapporter, dans cette observation à une poussée de péritonite péri-fibromateuse. En tout cas, la disparition rapide des symptômes et le retour de la tumeur à son volume primitif, le relèvement des forces, se sont produits, sous l'influence des transfusions hypodermiques comme nous l'observons habituellement, dans les pelvi-péritonites sub-aiguës. Aussi est-ce cette hypothèse que nous devons considérer comme la plus vraisemblable, dans le cas qui précède. Nous pouvons encore répéter la remarque que nous avons faite à la fin de l'observation XLV.

OBSERVATION XXIX.

Pelvi-péritonite développée autour d'un cancer utérin. — Injections hypodermiques de sérum artificiel. — Disparition de la pelvi-péritonite. (Dr AUBEAU.)

Mme B..., âgée de 39 ans, encore bien réglée, vient me consulter pour la première fois le 19 août 1887.

Depuis deux ans, elle porte une tumeur pelvienne qui a augmenté de volume, mais qui, depuis deux mois, a pris des proportions énormes. En même temps se sont éveillées de vives douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le ventre, avec irradiations à la partie interne des cuisses. Elle a été obligée dès lors de garder le lit. Depuis cette époque, ménorrhagies abondantes et répétées, la malade, épuisée par ses pertes, a été prise de nausées, de vomissements, elle ne peut plus garder aucun aliment solide et elle est désespérée. Amaigrissement notable.

A l'examen, je trouve une tumeur dure, solide, bosselée, irrégulière, occupant tout le bassin, remplissant les deux fosses iliaques, remontant jusqu'à l'ombilic et envoyant des prolongements lobés dans la région épigastrique et la région hépatique. Aucun point n'est fluctuant. On pourrait croire à une énorme tumeur solide utérine, fibrome ou sarcome. L'examen vaginal démontre l'existence d'un épithélioma ulcéré du col, ayant détruit presque toute la lèvre postérieure et une partie seulement de la lèvre antérieure. La tumeur intra-abdominale a refoulé les culs-de-sac et la portion vaginale du col qui a disparu.

Pas de sommeil, anémie profonde, teinte jaune paille, cachexie.

Un régime tonique et reconstituant, des préparations eupeptiques, des pansements glycéro-cocaïnés ne produisent aucune amélioration, pas même de diminution de la douleur.

Le 2 septembre 1887, en désespoir de cause, je dois le dire, et en considération de ce fait, que toute opération radicale était impossible d'une part, et que d'autre part, la tumeur abdominale ne semblait pas devoir être de nature cancéreuse « autrement la malade serait déjà morte, selon toute probabilité », je pratique une injection sous-cutanée de 10 grammes de sérum artificiel.

Ces injections hypodermiques sont renouvelées tous les 2 jours, à la même dose.

Au bout de quelques jours, diminution des douleurs, période de calme complet, les douleurs lancinantes du côté du col sont bien moins fortes, les vomissements cessent, l'appétit se réveille. Les limites de la tumeur sont marquées avec le crayon de nitrate d'argent, sur la paroi abdominale.

A la fin de septembre 1887, les prolongements les plus élevés de cette tumeur n'arrivent plus qu'à l'ombilic.

Pendant le mois d'octobre, il existe une amélioration notable dans l'état général. Les métrorrhagies sont devenues très rares, l'odeur fétide des écoulements a disparu, la malade mange un peu sans vomir et le facies se recolore.

A la fin du mois d'octobre, la tumeur a disparu dans les fosses iliaques et on arrive à toucher facilement le détroit supérieur du bassin. Les injections sous-cutanées sont continuées.

Le cancer marche très lentement. A la fin de décembre 1887, la tumeur péri-utérine a disparu, on sent l'utérus, gros comme une tête de fœtus à terme, de forme bosselée, adhérent aux organes du bassin.

En janvier 1888, les injections hypodermiques sont supprimées, en raison de cet état qui semble ne plus pouvoir être amélioré.

Depuis cette époque, l'épithélioma continue à se développer très lentement. Il n'y a plus à songer à une opération même maintenant qu'il n'y a plus que l'élément cancer en cause, car il y a tout lieu de croire à l'existence de prolongements cancéreux dans les ligaments larges et les ganglions pelviens.

REMARQUES. — La tumeur existant dans les fosses iliaques était de nature inflammatoire certainement, et non de nature cancéreuse puisqu'elle a disparu à la suite de deux mois de traitement. L'état général a bénéficié, autant que cela était possible, en raison de la persistance d'un cancer très étendu et inopérable.

L'extirpation des *kystes de l'ovaire*, lorsque l'état général de la malade est satisfaisant et lorsque le kyste est bien mobile ou n'a contracté que de faibles adhérences avec les organes voisins, est une opération facile, de courte durée et dont le pronostic est essentiellement bénin. Il n'en est plus de même si l'épuisement de la malade la prédispose au shock opératoire, si l'existence d'adhérences étendues et solides rend l'intervention longue et laborieuse. Le développement de la péritonite à la périphérie d'un kyste de l'ovaire est donc toujours une complication sérieuse, qui aggrave le pronostic et qui augmente beaucoup le taux de la mortalité.

L'extirpation totale du kyste ovarique est même rendue impossible, dans certains cas d'adhérences trop résistantes et trop étendues ; on est alors obligé de faire la marsupialisation, c'est-à-dire de fixer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche kystique dont le fond est resté en place, et de drainer cette poche, en laissant à la nature le soin de l'oblitérer ou de l'éliminer. « Cette conduite, préconisée dans ses grandes lignes par Clay, Spencer Wells, Péan, dit M. Pozzi (1), et adoptée ensuite par tous les autres opérateurs, n'est évidemment qu'un pis-aller. Elle peut donner d'excellents ré-

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie*. Paris, 1890, p. 773.

sultats avec les kystes uniloculaires à parois minces, comme les kystes hyalins paraovariens, quand ils ont été rendus adhérents par l'inflammation ; mais on a rarement l'occasion de l'appliquer en pareil cas. C'est presque toujours pour les kystes prolifères qu'on est dans l'obligation d'y recourir. Alors, surtout quand les parois kystiques présentent des végétations papillaires, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, et la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement. On a vu une dégénérescence maligne se montrer au niveau de la plaie... »

Sauf le cas d'urgence absolue, il sera donc fort utile au chirurgien de préparer sa malade à l'ablation du kyste ovarique, en poursuivant ce double but : 1° relever le taux de la vitalité de l'opérée autant que cela sera possible, pour la mettre à l'abri du shock opératoire ; 2° faire disparaître autant qu'il sera en son pouvoir la péritonite péri-ovarique, de façon à permettre une extirpation complète, facile et rapide de la poche kystique.

Nous avons vu, dans un des chapitres précédents, que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel, en relevant la tension artérielle, en ramenant l'appétit et les forces, représentent le moyen le plus actif que nous ayons à notre disposition pour remplir la première indication. (Voir chapitre V : Hypotension et transfusion). D'après les observations qui précèdent, on comprend que ces mêmes transfusions puissent agir efficacement contre la péritonite péri-ovarique, comme elles agissent sur toutes les autres variétés de péritonite.

Le fait suivant établit nettement, à mon avis, que ces conclusions sont bien réelles et légitimes.

Observation XXX.

Péritonite développée autour d'un kyste de l'ovaire. — Transfusions hypodermiques. — Ablation facile du kyste.

Mme X..., âgée de 25 ans, mère de deux enfants nés à terme, le premier, il y a 3 ans, le second, il y a 16 mois, est venue me consul-

ter, le 20 décembre 1891. Santé excellente jusqu'au dernier accouchement. Depuis lors, elle a eu, à plusieurs reprises, des crises de douleurs dans le ventre, avec une fièvre légère et quelques nausées. C'est depuis deux ou trois mois qu'elle s'est aperçue qu'elle avait une tumeur au-dessus des pubis. Un médecin consulté a diagnostiqué une tumeur fibreuse. Ces derniers temps, la santé de la malade s'est altérée : affaiblissement, manque d'appétit, digestions lentes et difficiles, tympanisme abdominal, douleurs lancinantes dans le ventre.

A l'examen, je trouve une tumeur dure, immobile, dépassant les pubis d'un travers de main. Le toucher permet de reconnaître que toute la partie supérieure du vagin est remplie par la même masse qu'on retrouve à la palpation abdominale, mais cette masse descend bas dans le cul-de-sac de Douglas en bombant dans le vagin, et la partie vaginale de la tumeur est diffuse, dure, très sensible à la pression. Le corps de l'utérus ne peut pas être reconnu.

Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse enclavée dans le petit bassin, refoulant en haut l'utérus, mais s'accompagnant d'adhérences de péritonite chronique avec exsudat manifestement de nature inflammatoire, dans le cul-de-sac de Douglas.

La tension artérielle était de 6 centimètres de mercure seulement, l'état général était mauvais, c'est pourquoi je proposai à la malade, tout en réservant pour plus tard le diagnostic de la tumeur proprement dite, de pratiquer une série de transfusions hypodermiques, de façon à relever l'appétit et les forces et à faire résorber la péritonite, après quoi, pensais-je, la nature de la tumeur serait facile à reconnaître.

Pendant tout le mois de janvier 1892, nous avons fait, chaque jour, une transfusion de 5 grammes de sérum artificiel. Résultat : la tension s'est élevée à 17 centimètres, le météorisme abdominal a disparu, l'appétit est revenu et les digestions sont devenues faciles. En même temps la masse qui occupait la partie supérieure du vagin se résorbait, si bien qu'au bout de 25 transfusions il n'en restait plus trace. A la fin du mois de janvier, on put commencer à sentir l'utérus refoulé contre le pubis par une tumeur arrondie, bien délimitée, encore un peu adhérente, présentant une sensation de résistance qu'on n'avait pu reconnaître au premier examen.

M. Léon Labbé consulté dans les premiers jours de février, porta le diagnostic de tumeur fibro-kystique de la paroi postérieure de l'utérus.

La fluctuation de la masse devint de plus en plus évidente, elle proémina davantage au-dessus du pubis, le corps de l'utérus devenu de plus en plus perceptible, si bien que deux autres chirurgiens consultés, à 15 jours d'intervalle, dans le cours du mois de février, firent le diagnostic de kyste ovarique, le premier avec quelques réserves, le second d'une façon ferme.

M. Labbé revit la malade dans les premiers jours de mars et n'hésita pas, non plus, à réformer son diagnostic, et à affirmer qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

En raison de l'amélioration de l'état général et de la résorption de la plus grande partie des adhérences sous l'influence de la première série de transfusions, la malade désira avoir encore quinze transfusions de 10 gr. cette fois, avant l'opération. L'état général devint excellent, la tension artérielle s'éleva à 19 centimètres de mercure et, le 21 mars, M. Labbé procéda à l'extirpation du kyste.

D'après les résultats des examens antérieurs, M. Labbé craignait d'être forcé de faire la marsupialisation du kyste, les adhérences avec le petit bassin et le rectum devant rendre l'extirpation complète trop dangereuse, pensait-il. Il n'en fut rien cependant, et la tumeur, qui était bien un kyste uniloculaire de l'ovaire, à contenu hématique, put être facilement énucléée, sans adhérence pour ainsi dire, comme s'il n'y avait pas eu de péritonite auparavant. L'opération fut donc des plus simples et la malade se rétablit complètement.

Remarques. — Je crois inutile d'insister longuement sur l'intérêt de l'observation qui précède. La péritonite péri-ovarique fut ici manifeste ; c'est elle qui fit faire une erreur de diagnostic lors des premiers examens. Lorsque les exsudats eurent disparu et lorsque les rapports de la tumeur avec l'utérus devinrent reconnaissables, on constata nettement que cette tumeur était indépendante de l'utérus ; en même temps, le kyste ayant grossi, et la fluctuation étant apparue, le diagnostic de kyste ovarique s'imposait.

Je tiens seulement à faire remarquer que la disparition des adhérences, due à l'emploi des transfusions hypodermiques, a eu pour résultat de transformer une intervention longue, laborieuse, incomplète même (puisque l'opérateur craignait d'être

obligé de laisser en place le fond du kyste et de le drainer, après l'avoir suturé à la partie inférieure de la plaie abdominale), en une opération courte et facile, dont les résultats immédiats et éloignés ont été aussi parfaits que possible.

Conclusion

D'après les faits qui précèdent, je crois être en droit de conclure que, les transfusions hypodermiques de sérum artificiel représentent un moyen thérapeutique d'une haute importance dans le traitement médical des inflammations pelviennes, chez la femme. Elles améliorent rapidement l'état général et possèdent un pouvoir résolutif très remarquable, dans tous les exsudats pelviens.

C'est une ressource nouvelle à ajouter à celles que nous possédons déjà : injections vaginales chaudes, pansements glycéro-ichthyolés, révulsions sur les parois abdominales, badigeonnage des culs-de-sac du vagin avec la teinture d'iode, etc., et enfin traitement indirect par la dilatation de l'utérus, le curettage et le drainage de la cavité utérine, moyens thérapeutiques dont aucun ne doit être négligé et qui, lorsqu'ils sont judicieusement employés, permettent dans la très grande majorité des cas, d'arriver à la guérison complète sans sortir du cadre de la gynécologie conservatrice.

Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel constituent une ressource précieuse dans le traitement des diverses variétés d'exsudats pelviens, soit primitifs, soit développés à la périphérie des tumeurs de l'utérus ou des annexes (fibromyomes, cancer utérin, kystes de l'ovaire).

Nous insisterons encore une fois sur les nombreux arguments cliniques établissant la relation qui existe entre l'absence de résorption des péritonites et l'hypotension artérielle.

C'est, croyons-nous, en relevant la tension sanguine, en améliorant l'état des fonctions digestives, en faisant disparaître l'anémie symptomatique, en un mot en réveillant la vitalité des malades que les transfusions hypodermiques de sérum

artificiel font disparaître, si rapidement, les péritonites localisées les plus anciennes et les plus rebelles.

Les résultats brillants que nous avons obtenus par l'emploi de ces transfusions, dans toutes les variétés de péritonite que nous avons passées en revue dans ce chapitre, nous permettent de penser que c'est là une des applications les plus importantes du moyen thérapeutique dont nous avons entrepris l'étude, dans cet ouvrage.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr P. Bouteil, ancien interne de Saint-Lazare.

—

INTRODUCTION

L'origine et le processus infectieux des lésions utérines et de leurs complications du côté des annexes, du tissu péri-utérin et du péritoine pelvien, sont aujourd'hui acceptés par tous ceux qui s'occupent de gynécologie. Un point les divise : c'est la thérapeutique à opposer à ces lésions.

« A côté des cas de pratique qui restent litigieux, il est des principes généraux sur lesquels chacun s'entend ou à peu près » (1). Ces principes sont ceux que M. le professeur Le Dentu a inscrit au fronton de son étude clinique « sur le traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus » et qu'il recommande de ne jamais perdre de vue.

Le premier, le plus important, « c'est que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice ».

Le second, « c'est que d'une façon générale les grandes inter-

(1) Segond. Rapport sur le traitement des suppurations pelviennes au Congrès de Bruxelles.

ventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques. »

Avant M. Le Dentu, M. le professeur Trélat avait proposé la règle suivante : « Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de volume, de rupture imminente ou effectuée ou d'accidents fébriles renouvelés quand une femme est atteinte à la fois d'endométrite et de salpingo-ovarite, il y a lieu de traiter l'endométrite et d'observer les résultats de ce traitement avant de recourir à l'extirpation des annexes. (*Société de chirurgie*, 5 mars 1890.)

M. Segond, dans le remarquable rapport « sur les suppurations pelviennes » fait au *Congrès de Bruxelles* (septembre 1892), « conseillait de s'efforcer de prévenir les nécessités des opérations excessives, et pour cela, de faire une thérapeutique utérine rigoureuse, bien dirigée à partir du moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Cette thérapeutique utérine préventive qu'il préconisait, c'était l'antisepsie vaginale, le curettage, la dilatation large et le drainage de l'utérus.

Ainsi, de l'avis même des chirurgiens qui par leurs aptitudes et leurs succès opératoires sont parmi les premiers et les meilleurs de ceux qu'on croirait *a priori* partisans des opérations radicales sur l'utérus, les trompes et les ovaires, l'hystérectomie et l'incision abdominale ne sont pas toujours des interventions salutaires. Si la gravité de l'acte opératoire ne doit plus arrêter le chirurgien, l'avenir de l'opérée et la suppression de toute éventualité de conception ont une gravité morale suffisante pour entrer en ligne de compte dans son esprit.

Certes la dilatation, le curettage et le drainage ne sont pas des panacées nouvelles que nous proposerons de substituer systématiquement à toutes les autres interventions ; si nous croyons que ces procédés ont droit aujourd'hui à un regain de faveur, c'est qu'ils se sont montrés assez souvent efficaces pour qu'on ait le devoir de les essayer toujours dans les endométrites, et toutes les fois que les lésions des annexes sont encore jeunes et n'ont pas acquis une entité morbide suffisante ; quand elles ne sont encore que les complications récentes de l'endométrite septique.

Walton en Belgique, M. Poulet, M. Chéron, M. Doléris en

France, n'ont cessé de défendre cette manière de voir ; ils ont publié un très grand nombre d'observations des plus concluantes pour démontrer combien sage, efficace et rationnelle était leur conduite. L'idéal de la bonne chirurgie n'est pas la mutilation ; c'est le respect des organes et le rétablissement de leur jeu physiologique. S'il est permis d'être radical quelquefois, il faut s'efforcer de rester conservateur, et comme disait Lusk au dernier *Congrès triennal des chirurgiens américains*, l'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique.

Il faut s'entendre. Rester conservateur ce n'est pas retourner à l'expectation systématique de ces anciens gynécologues qui avaient un traitement unique pour toutes les affections ; c'est se tenir en garde contre les exagérations opératoires et les mutilations hâtives et irréparables ; c'est ne pas oublier un seul instant que les diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité. Ne voyons-nous pas souvent, accoucher à terme des femmes qui quelques années auparavant avaient refusé des opérations radicales pour des lésions diagnostiquées capables d'empêcher toute conception ultérieure ? Ces lésions s'étaient pourtant améliorées et même guéries par un traitement utérin bien dirigé.

La dilatation, le curettage sans abaissement et le drainage de l'utérus, sont au plus haut point des procédés de thérapeutique conservatrice ; ce sont aussi les plus précieux et les meilleurs auxiliaires de la bonne gynécologie. Leur gravité opératoire est nulle, les indications en sont nombreuses, les résultats en sont parfaits.

Mais le manuel opératoire varie entre les mains des différents chirurgiens ; il varie même d'une façon assez notable pour que nous ayons pensé qu'il y aurait quelque intérêt à nous prononcer dans le choix d'un de ces différents procédés, surtout au point de vue de la technique opératoire. Sans doute le but thérapeutique est le même quelles que soient les méthodes mises en usage ; mais les résultats obtenus diffèrent suivant qu'on a institué un traitement pré-opératoire ou qu'on a dilaté, curetté, drainé de telle ou telle façon ; et pour une même lésion tel chirurgien

accuse un insuccès, là où un autre a obtenu un résultat satisfaisant.

Nous ne voudrions pas nous montrer exclusif et préconiser dans tous les cas la méthode que nous allons décrire ; mais comme elle s'applique à un très grand nombre de cas, elle est presque pour nous une règle opératoire. Cette méthode c'est celle qu'emploie dans son service de Saint-Lazare, notre excellent maître M. Chéron.

Nous avons voulu montrer dans ce travail que l'abaissement forcé de l'utérus à la vulve est une manœuvre toujours inutile, quelquefois mauvaise. Elle est inutile, puisque dans tous les cas, que l'utérus soit normalement situé ou qu'il ait subi une déviation, nous avons vu faire ou pu faire nous-même un curettage complet, à hauteur, c'est-à-dire l'utérus restant en place et n'ayant subi aucune traction. L'abaissement est une manœuvre mauvaise, parce que nous croyons que ce n'est ni un préjugé, ni un parti-pris que de le rendre responsable d'un certain nombre de méfaits, tels que prolapsus artificiellement créés, rupture d'adhérences ou de poches et même de quelques cas de mort par péritonite consécutive que d'autres attribuent à un oubli des règles de l'antisepsie. Nous regrettons de ne pouvoir appuyer notre affirmation sur des documents nombreux. Personne n'ignore combien il est difficile de se procurer des documents de cette sorte. Nous rapportons cependant deux observations où la mort semble bien avoir été causée par les manœuvres de traction exercées sur l'utérus, l'antisepsie la plus minutieuse ayant présidé au curettage pour lequel on fit les tractions.

Nous avons eu encore pour but de faire connaître un mode de drainage de l'utérus simple, facile, rationnel : c'est le drainage au moyen du crin de Florence réalisé par M. Chéron.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1893.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

M. Routier. J'ai, en 1890, réuni 90 cas de péritonite tuberculeuse opérée : 7 fois il y eut mort par raison étrangère et 83 guérisons, dont plusieurs dataient de cinq, six ou sept ans de survie.

La conclusion que je donnais en 1890 peut encore être maintenue. M. Berger, dans la dernière séance, a essayé d'expliquer ces faits de guérison par une transformation de la forme ascitique en une forme fibreuse. Je ne crois pas ce processus constant et je peux citer des faits trouvés dans les auteurs et un fait personnel où, à l'autopsie faite beaucoup plus tard et après une mort due à une autre cause, on trouvait une véritable guérison.

Bumm pensait que le liquide ascitique était le milieu de culture nécessaire pour perpétuer la péritonite tuberculeuse et que, par suite, la laparotomie, en supprimant l'ascite, mettait la péritonite en état de guérir. Nombreuses ont été les autres théories pour expliquer ces faits en apparence inexplicables.

Je peux rappeler 4 cas de tuberculose péritonéale qui 3 fois après la laparotomie subirent une amélioration notable et même une véritable guérison. Dans un cas, la mort survint au bout d'un mois.

M. Bouilly. J'ai observé un certain nombre de cas de péritonite tuberculeuse. Le mécanisme me paraît encore obscur malgré les hypothèses émises.

Il me semble que cette variété d'ascite idiopathique, que Cruveilhier appelait ascite des jeunes filles, n'est autre qu'une tuberculose soit du petit bassin, soit des annexes. J'ai eu l'occasion de voir 2 faits où cet épanchement péritonéal s'était développé insidieusement. Ces deux malades ont guéri spontanément, médicalement. Ces faits m'ont été confirmés par la constatation directe

de faits analogues. Dans les 2 autres cas, j'ai vu ainsi des lésions localisées aux trompes et aux ovaires, alors que l'épanchement présentait tous les symptômes cliniques de l'ascite des jeunes filles.

La tuberculose péritonéale, forme sèche ou forme ascitique, peut guérir sans intervention chirurgicale. Dans une de mes observations, j'ai vu relever cette guérison chez une jeune femme chez laquelle j'avais diagnostiqué kyste proliférant des ovaires avec généralisation, tuméfaction diffuse, et légère ascite. Je ne l'opérai pas, la considérant comme inopérable. Au bout de dix-huit mois, l'amélioration était notable. Je pensai à lui faire une intervention. Je l'examinai de nouveau et m'aperçus que les tuméfactions que j'avais considérées comme des kystes proliférants avaient considérablement diminué et je pensai à des lésions tuberculeuses et ne fis pas d'intervention. Je l'ai revue dernièrement. Progressivement et lentement les tuméfactions ont disparu et tout semble marcher vers la guérison.

Je vais donner les cas où j'ai agi chirurgicalement. Dans 2 cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, localisée au petit bassin et aux annexes, dans lesquels il s'agissait de jeunes filles que je pensais atteintes de kystes de l'ovaire peu tendus, je trouvai une quantité considérable d'un liquide ascitique libre dans le ventre, un péritoine épaissi et présentant dans le petit bassin un semis abondant de granulations. Le péritoine viscéral et supérieur était sain.

Chez l'une, la trompe gauche était couverte de granulations tuberculeuses ainsi que la droite, mais la gauche était remplie de pus caséeux, et ce pus y était concret. C'était une salpingite tuberculeuse en voie d'évolution depuis longtemps et c'est elle qui avait donné naissance à la péritonite. Je fis l'ablation des annexes. La malade guérit avec grande simplicité et est restée guérie.

Chez l'autre, j'avais ponctionné le liquide ascitique et j'avais fait le diagnostic. La laparotomie me montra des annexes couvertes de granulations tuberculeuses et amena la guérison.

J'ai observé un cas de forme sèche qui, elle aussi, a reçu un bénéfice énorme de la laparotomie. J'avais pensé à des kystes végétants de l'ovaire, et c'est la laparotomie qui montra la nature de l'affection. C'était une tuberculose généralisée, avec adhéren-

ces et quelques loges ascitiques. On referma le ventre et on draina. Cette opération si simple fut suivie d'un résultat extraordinaire. La malade, un mois après, était transformée. Les masses tuberculeuses étaient volatilisées, le ventre n'était plus douloureux et on ne sentait plus que profondément de petites tuméfactions mobiles.

Comment conclure ? Certains cas guérissent spontanément, d'autres par la laparotomie.

Les annexes peuvent être le point de départ de la tuberculose, aussi il y a intérêt à supprimer ce foyer de tuberculose locale ; c'est elle qui donne la forme ascitique. Donc tout invite dans ces cas à faire la laparotomie.

Dans la forme sèche on se trouve plus embarrassé et cela d'autant plus que certaines peuvent guérir spontanément. Aussi ne devra-t-on intervenir que s'il y a intégrité pulmonaire absolue, que si l'état général permet de supporter l'intervention et surtout s'il y a de la douleur, de la diarrhée ; attendre, en somme, qu'une indication locale force en quelque sorte la main.

M. Bazy. Dans quatre faits la péritonite paraissait avoir eu comme point de départ les annexes, qui contenaient des produits caséeux autour des adhérences et aussi une ascite. Il y avait une confluence de granulations tuberculeuses dans le petit bassin, puis disparition progressive à mesure qu'on s'élevait dans l'abdomen. Dans les 4 cas l'inoculation a confirmé le diagnostic.

J'ai perdu de vue 2 de ces malades ; les 2 autres ont été opérés l'un il y a quatre ans et la guérison se maintient, l'autre il y a deux ans et est resté guéri.

La guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse peut s'observer. J'ai ponctionné une ascite énorme chez une jeune fille il y a deux ans, symptomatique d'une péritonite tuberculeuse, et cela a suffi pour laisser la guérison évoluer, elle n'avait jamais eu aucun symptôme grave.

(*La France méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

GROSSESSE TUBAIRE.

M. Rochet (Anvers) vient de rapporter, dans le *Bulletin de la Société de gynécologie*, un cas intéressant de grossesse tubaire guérie par la laparotomie. Il s'agit d'une femme de 33 ans, entrée à l'hôpital Stuyvenberg avec le diagnostic de fausse couche incomplète — 9 février 1893.

Cette femme a eu quatre enfants, puis, en avril 1892, une fausse couche. Réglée pour la dernière fois vers la mi-décembre. Elle se croyait enceinte, quand quinze jours avant son admission à l'hôpital, elle ressentit une douleur soudaine à l'hypogastre, elle tomba en syncope, perdit du sang par la vulve et fut traitée à domicile puis transportée dans le service de M. Rochet.

A son entrée, elle présente l'aspect d'une femme qui a perdu beaucoup de sang, le pouls est très rapide, faible, dépressible. Température entre 36° et 37°.

Diagnostic : hémorrhagie interne grave due à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

La laparotomie est immédiatement pratiquée. Le ventre est plein de sang liquide et de caillots. La trompe gauche déchirée est enlevée ; elle renfermait des annexes d'une grossesse de six semaines environ et un morceau pendant de cordon ombilical d'un centimètre et demi, mais le fœtus ne fut pas retrouvé parmi les caillots.

Toilette soignée de la cavité, drainage du cul-de-sac de Douglas au moyen d'une compresse de Mickulitz et sutures de la paroi à trois étages.

Le soir, température à 36°. On injecte sous la peau, par hypodermoclise, 200 grammes d'une solution de chlorure de sodium. Ce traitement est continué le jour suivant. Le pouls se relève et la température monte. Une incision du Douglas par le vagin est pratiquée, après extraction de la compresse de Mickulitz ; on obtient ainsi un drainage efficace et permanent.

Depuis lors, la malade a continué à s'améliorer tous les jours ; elle est en pleine convalescence ; on lui fait journellement un lavage du Douglas avec la sonde à double courant qui ramène encore du pus.

La température est normale, mais le pouls se ressent encore de l'hémorrhagie énorme qui a failli entraîner la mort de la malade.

Remarques. — Les symptômes du début de la grossesse ont été différents de ceux de la grossesse normale ; ils ont été caractérisés par des douleurs constantes dans le flanc gauche.

Les symptômes de rupture ont été classiques ; douleur aiguë, accompagnée d'hémorrhagie légère par la vulve, puis besoin d'aller à la selle, à cause de la réplétion du Douglas par les caillots et de la compression du rectum ; les efforts de défécation augmentent la rupture et l'hémorrhagie, puis amènent une syncope.

Les symptômes péritonéaux augmentent, douleur, météorisme, en un mot péritonisme, mais l'hémorrhagie ne met pas la vie en danger, jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital. La femme avait gardé le repos au lit chez elle ; sous l'influence du transport et du mouvement qu'elle se donna à l'hôpital, l'hémorrhagie se produisit inquiétante, au point d'exiger une intervention immédiate.

Le diagnostic posé, l'intervention s'imposait sans retard ; elle fut suivie de succès.

(*La Clinique.*)

SUR LA GONORRHÉE DES PETITES FILLES,

Par le Dr Cassel.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, n° 29, p. 693.)

Déjà avant la découverte du gonococcus de Neisser, un certain nombre de médecins, parmi lesquels Pott (Die specifische Vulvovaginitis im Kindesalter. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1883, t. XIX), soutenaient l'identité, au point de vue étiologique, de la vulvovaginite des petites filles et de la blennorrhagie des adultes. Depuis la découverte de Neisser, une série de médecins, parmi lesquels il convient de citer Widmack (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. VIII, fasc. I, p. 1), Cséri (*Pester medic. chirurg. Presse*, 1885, n° 19), Fraenkel (*Virchow's Archiv*, 1885, t. XCIX), Dusch (*Verhandlungen der VIten Versammlung der Gessellschaft für Kinderheilkunde*, 1888), Epstein (Die Vulvovaginitis gonorrhoïca bei kleinen Maedchen. *Archiv für Dermat. und Syphilis*, 1891, t. XXIII), ont fourni la preuve de cette identité, preuve péremptoire, basée sur la constatation de la présence du gonococcus dans les produits de la sécrétion uréthro-vaginale. Le gonococcus, ainsi que cela a été rappelé plus haut, réalise un certain

nombre de particularités morphologiques qui permettent de le reconnaître dans le champ d'une préparation microscopique, de sorte qu'il n'est même plus nécessaire de l'obtenir à l'état de culture pure, pour affirmer sa présence dans un produit de sécrétion pathologique.

Depuis les premiers mois de l'année 1891, M. Cassel a eu l'occasion de traiter 30 cas de vulvo-vaginite chez des petites filles. Semaine par semaine il a examiné l'écoulement uréthro-vaginal chez ses petites malades dont l'âge variait de 7 mois à 11 ans. Après un lavage de la vulve avec de l'eau bouillie, il retirait de la sécrétion uréthrale avec une aiguille en platine, préalablement flambée, et de la sécrétion vaginale, avec une autre aiguille traitée de même. Les préparations microscopiques obtenues avec ces produits purulents étaient colorées avec le réactif de Gramm et examinées au microscope.

Sur les 30 cas qui ont fait l'objet de cette enquête il s'en est trouvé 24 où la nature virulente, gonorrhéique,de l'écoulement a été établie d'une façon bien nette. Dans les 6 autres cas la recherche du gonococcus a toujours abouti à un résultat négatif.

Sitôt la nature blennorrhagique mise hors de doute, M. Cassel ouvrait une enquête supplémentaire, dans le but de rechercher la source de la contagion et la manière dont celle-ci s'était exercée. Dans 10 cas cette enquête n'a pas donné de résultats, en partie à cause du manque d'intelligence et de l'indifférence des parents, en partie à cause d'une mauvaise volonté manifeste de ces derniers qui paraissaient avoir intérêt à cacher quelque mystère. Dans un cas la petite malade, une fillette de 4 ans, avait été violée par un frère âgé de 18 ans. Celui-ci, affecté d'une uréthrite blennorrhagique, avait cédé au préjugé bien connu, et très répandu dans le peuple, suivant lequel les rapprochements sexuels avec des enfants en bas âge constitueraient un moyen de guérir la chaude-pisse.

Dans 3 de ces cas, les mères ont avoué avoir eu pendant longtemps un écoulement vaginal. Chez l'une d'elles, la présence du gonococcus dans l'écoulement a été dûment constatée.

Dans 3 autres cas, les mères avaient été infectées par leurs époux ; peu de temps après, les filles avaient été atteintes de leur vulvo-vaginite gonorrhéique.

Un autre cas concerne une fillette en très bas âge, que le père prenait souvent dans son lit à une époque où il était atteint d'une chaude-pisse contractée pendant les couches de sa femme. Dans ces 4 derniers cas il a été possible de confronter le père, la mère et l'enfant

malade, et de rechercher, toujours avec succès, la présence du gonococcus dans les sécrétions morbides.

Dans 4 autres cas les petites malades s'étaient trouvées en contact avec d'autres personnes habitant la même demeure qu'elles.

M. Cassel est convaincu que le plus souvent, dans les cas de vulvo-vaginite des petites filles, la contagion n'est pas la conséquence d'un rapprochement sexuel. Elle résulte presque toujours de la promiscuité dans laquelle vivent les membres des familles pauvres.

En fait de complications, il a observé, deux fois seulement, une conjonctivite blennorrhagique des deux yeux.

Somme toute, le pronostic de la vulvo-vaginite des petites filles est bénin. N'empêche que l'affection traîne le plus souvent en longueur, malgré l'institution d'un traitement rationnel. Il est rare que la guérison, attestée par la disparition du gonococcus de la sécrétion uréthro-vaginale, soit obtenue en moins de deux ou trois mois. Le caractère rebelle tient en partie à la conformation anatomique du vagin, pendant les premières années de la vie, conformation qui fait que les produits de la sécrétion vulvo-vaginale trouvent difficilement à s'écouler. D'autre part, les faibles dimensions de l'urèthre, chez les petites filles, constituent également un obstacle à l'institution d'un traitement énergique contre l'uréthrite virulente.

Enfin une troisième difficulté réside dans les conditions de milieu, qui font que les enfants atteints d'une vulvo-vaginite blennorrhagique restent souvent exposés pendant fort longtemps aux chances d'une réinfection. La ténacité de la blennorrhagie chez les adultes des deux sexes est chose bien connue ; qu'une promiscuité étroite règne dans une famille dont un membre adulte est en affection blennorrhagique négligée, et les petites filles infectés une première fois seront exposées à des réinfections répétées. Aussi, quand dans un cas de vulvo-vaginite, chez une petite fille, on a des raisons de soupçonner que la contagion s'est exercée par voie médiate, au sein de la famille, est-il indispensable de traiter énergiquement la blennorrhagie chez les adultes atteints de cette affection, pour obtenir une guérison durable de la vulvo-vaginite de l'enfant. Voici, d'autre part, le traitement que M. Cassel préconise contre cette dernière.

Tout d'abord, il faut faire attribuer à l'enfant un lit spécial, des serviettes, des éponges et des vases destinés à son usage exclusif. Il faut veiller aussi à ce que les enfants évitent d'infecter leurs yeux avec le pus uréthro-vaginal.

Les organes génitaux seront maintenus dans un grand état de propreté, au moyen de bains locaux ou généraux. Ces soins de propreté suffisent quelquefois pour amener la guérison de vulvo-vaginite. Mais le plus souvent il faut recourir aux injections. M. Cassel se sert d'une seringue à oreilles, en caoutchouc durci, terminé par un petit ballon, d'une capacité de 15 à 20 c. c. Comme liquide à injection, il emploie une solution de sublimé au 1 2/000e. Le nombre des injections de sublimé est de 3 par jour ; chacune d'elles est précédée d'une injection d'eau tiède, destinée à déterger la vulve et le vagin. Lorsqu'après deux ou trois semaines de traitement l'écoulement a diminué d'abondance dans des proportions considérables, les injections de sublimé sont remplacées par des injections d'une solution de nitrate d'argent à 1 — 1 1/2 p. 100. Il est rare que ces dernières soient douloureuses. Il est inutile de faire des injections dans l'urèthre ; l'écoulement uréthral cesse spontanément, une fois que l'écoulement vaginal est tari.

Il importe, au moment d'une injection, que la malade soit maintenue dans la position du siège élevé, les cuisses écartées.

Dans les cas de vulvo-vaginite non gonorrhéique, M. Cassel se borne à instituer des soins de propreté et à faire des injections astringentes (sulfate de cuivre, nitrate d'argent, en solution à 1 p. 100).

E. Ricklin.

(*Gazette méd. de Paris.*)

AMPUTATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE ET DE SES ANNEXES POUR FIBROMES. PÉDICULE INTERNE. GUÉRISON.

La semaine dernière M. Picqué présentait à la *Société de chirurgie* l'observation d'une femme enceinte ayant des fibromes enclavés dans le bassin, chez laquelle il pratiqua avec succès à terme l'opération césarienne. Il est intéressant de rapprocher de son observation une observation analogue de M. le Dr G. R. Fernandez (de Lisbonne).

Il s'agit d'une femme dont l'utérus portait deux gros fibromes, l'un de 11 sur 12 centimètres, l'autre de 8 centimètres de diamètre, occupant la partie inférieure de cet organe, bouchant l'excavation et interdisant toute intervention vaginale.

Décidé à une intervention abdominale, M. Fernandez se demanda s'il recourrait à l'opération césarienne ou à l'opération de Porro. Il ejeta l'opération césarienne parce que la statistique de cette opéra-

tion, en cas de fibrome, donnait, dans les cas réunis par Cazin, une mortalité de 76 %, et dans ceux de Saenger 87 %, alors que la statistique des cas réunis par M. Pozzi, d'amputation supra-vaginale de l'utérus gravide pour fibrome, ne donnait qu'une mortalité de 31 %. Il se décida pour cette dernière, mais toutefois en laissant le pédicule suturé dans l'abdomen. Il renonça à faire le pédicule extra-péritonéal, parce que, dit-il, « la mortification du pédicule peut avancer « au delà du point où se croisent les aiguilles, et alors le moignon « tombera dans le ventre, en portant en lui un tissu en suppuration, « et en laissant une large ouverture par où peuvent sortir les intes- « tins facilement ; la mortification du pédicule peut encore donner « lieu à des hémorrhagies, qui auront parfois de l'importance ; enfin, « du traitement par les caustiques ou les poudres antiseptiques, vien- « nent souvent des embolies surtout pulmonaires, qui pourront aggra- « ver l'état de la malade. »

Ce sont ces craintes, qui peuvent paraître exagérées à ceux qui connaissent avec quelle simplicité s'opère presque toujours la mortification et l'élimination du pédicule extra-péritonéal, qui influèrent sur la détermination de M. Fernandez, bien qu'il déclare plus loin, qu'en laissant le pédicule interne « il y a à craindre la suppuration du pédicule qui entraînera presque fatalement la mort de l'opérée ».

Et, de fait, il faut reconnaître, après avoir lu les détails de l'opération faite par M. Fernandez, qu'il a eu la main particulièrement heureuse, car, bien que son opérée n'ait eu que très peu de réaction fébrile (température maximum de 38°5), il nous déclare qu'au premier pansement, le septième jour, les quatre points de suture profonds de la paroi abdominale *avaient abondamment suppuré*, et il ajoute : « Je suis on ne peut plus ennemi des points profonds. » Mais le vingt-neuvième et trentième jour les points superficiels suppuraient aussi. Le dix-septième jour on avait pratiqué des incisions et le drainage de la paroi. Toutefois, cet incident n'avait nullement inquiété M. Fernandez, ni les confrères qui l'assistaient, puisque dès le septième jour il avait été permis à l'opérée de s'asseoir sur son lit, et elle se levait le *quatorzième jour* après l'opération.

Quoi qu'il en soit, l'auteur a opéré dans des conditions très défavorables, vingt heures après le début du travail, les membranes rompues et le cordon procident, le fœtus mort depuis au moins onze heures. Il put, après laparotomie, sortir l'utérus, désenclaver le fibrome pelvien et amputer l'utérus et ses fibromes. La cavité utérine, le fœtus

étant mort, ne fut incisée qu'après l'ablation de cet organe. Le moignon fut fermé par une suture à étages et abandonné dans l'abdomen.

Cette observation est des plus curieuses à plusieurs points de vue. D'abord, l'auteur se décidant en faveur de l'opération de Porro, et repoussant l'opération césarienne, fait un pédicule interne, c'est-à-dire expose son opérée à tous les dangers de la césarienne, savoir : suppuration péritonéale et hémorrhagie, sans profiter des avantages de l'opération de Porro, qui tend surtout à éviter ces deux dangers, par l'isolement extra-abdominal du pédicule utérin. En second lieu nous sommes peu habitués à voir des femmes ayant subi l'hystérectomie s'asseoir sur leur lit le 7e jour, et se lever le 14e. Enfin, l'auteur nous paraît avoir très sagement agi, en n'incisant l'utérus qu'après son amputation, car il contenait un fœtus mort déjà depuis un certain temps, et il y aurait eu certainement danger à permettre le contact du contenu utérin avec la cavité péritonéale.

Mais, malgré les circonstances heureuses qui ont suivi cette opération, il serait peut-être imprudent de recommander une pratique semblable, en cas de fibromes entourant un utérus gravide. La voie vaginale étant obstruée et ne permettant pas l'introduction d'instruments pour morceler un enfant mort, celui-ci ne peut être extrait que par la voie abdominale. Il faut donc choisir ici entre l'opération césarienne ou l'opération de Porro, ayant chacune leurs partisans. La dernière, à l'heure actuelle, donne, il faut le reconnaître (statistique de Léopold, de Breisky), les meilleurs résultats, mais il s'agit de l'opération de Porro avec extériorisation du pédicule, car le pédicule interne expose la malade à tous les dangers de l'opération césarienne, et peut être augmenté de l'aléa que comporte la réunion par première intention d'un pédicule, incontestablement plus difficile à obtenir, que celle de la section régulière de l'utérus par l'opération césarienne.

(*Bull. méd.*)

WALLICH.

DES MICROBES DU LAIT DE FEMME.

Plusieurs expérimentateurs se sont demandé si le lait de femme contenait habituellement des microorganismes. Escherich, chez 25 nourrices bien portantes, a trouvé 21 fois le lait stérile, et chez 13 femmes atteintes de fièvre puerpérale, il a trouvé 12 fois des staphy-

locoques. Il en a conclu que ces microbes étaient de provenance génitale.

Cohn et Neumann, examinant le lait de 43 femmes bien portantes ou atteintes d'affections autres que la fièvre puerpérale, ont trouvé 42 fois des microbes ; c'étaient presque toujours des staphylocoques blancs, plus rarement des staphylocoques dorés ; 4 fois, ils ont rencontré le streptocoque pyogène, et dans ces cas, il s'agissait de paramétrite puerpérale.

Sur vingt-deux femmes bien portantes Palleske a trouvé 12 fois le lait stérile et 10 fois des staphylocoques qu'il croit de provenance aérienne.

La question ayant été diversement résolue, M. Ringel en a repris l'examen. Il a soumis à ses recherches 25 femmes, 12 bien portantes et 13 malades, en s'entourant de précautions minutieuses pour recueillir le lait d'une façon aseptique. Voici les résultats obtenus : 3 fois lait stérile, 17 fois staphylocoque pyogène blanc, 2 fois staphylocoque doré, 1 fois ces deux microbes associés, 2 fois association du premier avec le streptocoque. Les deux derniers cas ont trait à des femmes malades. Les trois cas dans lesquels le lait a été trouvé stérile, appartiennent, l'un au groupe des femmes bien portantes, les deux autres à celui des femmes malades.

Les microbes ne pouvant provenir d'une infection génitale, on pouvait se demander s'ils ne provenaient pas d'une infection locale par la bouche du nourrisson ; le staphylocoque blanc a été, en effet, rencontré sur la langue de l'enfant. Mais M. Ringel, ayant examiné le lait d'une femme qui n'avait pas donné à téter et dont le mamelon avait été désinfecté, puis recouvert d'un pansement au moment de l'accouchement, y a trouvé des staphylocoques.

Pourquoi trouve-t-on dans le lait de femme les staphylocoques à l'état de culture à peu près pure, alors que dans l'air ils sont rares relativement aux autres microbes ? Est-ce parce que seuls ils peuvent pénétrer dans la glande ? Est-ce parce que le lait leur offre un terrain de culture spécialement favorable ?

Quoi qu'il en soit, la présence de ces microbes est indépendante de la fièvre puerpérale, car leur abondance varie extrêmement d'une femme à l'autre, sans que son état de santé paraisse avoir d'influence sur le nombre de ces microbes.

Des expériences précises ont montré que les staphylocoques en question sont bien les mêmes que ceux décrits par Rosenbach dans

les abcès. Pourquoi ne causent-ils pas d'inflammation de la glande? On peut répondre à cela que leur virulence, dans ces conditions, semble diminuée ; en effet, il faut les cultiver plusieurs fois sur les milieux ordinaires pour leur rendre leur pouvoir pyogène qu'ils paraissent avoir perdu. De plus, le lait semble avoir des propriétés jusqu'à un certain point antimicrobiennes ; en effet, si on ensemence du lait sur des plaques de gélatine, les colonies ne se développent bien que là où ce liquide a été projeté en petite quantité.

Quant au streptocoque, il n'a été rencontré par M. Ringel, comme par Cohn et Neumann, que dans les cas de maladie puerpérale. Il semble donc que s'il se rencontre dans la glande mammaire, c'est par métastase, comme il peut se rencontrer dans tout autre organe.

Voici quelles sont les conclusions de ces recherches :

Dans le lait de femme, il existe presque toujours des staphylocoques appartenant le plus souvent à la variété blanche ; ces microbes proviennent de l'extérieur et ne déterminent aucun phénomène pathologique. On peut y rencontrer des streptocoques, mais le fait est rare et s'observe chez des femmes atteintes d'infection puerpérale.

Dans un appendice, M. Ringel signale des recherches semblables faites par M. Honigmann. Cet auteur a abouti aux mêmes conclusions, sauf qu'il n'attribue au lait aucun pouvoir antimicrobien. *(Münch. med. Wochenschr.*, n° 27, et *Bull. med.*)

RELATIONS DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AVEC LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL CHEZ LA FEMME

Par le Dr Theilhaber.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, n° 41, p. 953.)

Le travail de l'auteur est basé sur 45 observations de femmes qui, étant affligées de divers troubles gastriques ou intestinaux, avaient été soumises inutilement à des traitements diététiques et médicamenteux très variés. Chez toutes, l'examen de l'estomac et de l'intestin avait été pratiqué par des médecins spécialistes.

25 de ces femmes présentaient les symptômes de la dyspepsie nerveuse de Leube, forme de dyspepsie dont la cause réside, au dire de Craemer, dans une atonie du gros intestin.

12 malades présentaient les symptômes cliniques de l'atonie de l'estomac ; 2 autres les symptômes d'un catarrhe gastrique ; 1 autre

avait de l'anacidité, 1 de l'hyperchlorhydrie, 1 un ulcère rond de l'estomac, 1 autre enfin de l'entéroptose.

M. Theilhaber a fait l'examen gynécologique de ces femmes, et voici les résultats qu'il a constatés :

Chez 4 malades, absence de toute anomalie du côté des organes génitaux ; chez 19 autres, endométrite catarrhale, avec épaississement plus ou moins considérable du parenchyme utérin ; chez 10 malades, rétroflexion et rétroversion utérine ; chez 4, endométrite hémorrhagique ; chez 3, oophorite ; chez 2, paramétrite postérieure ; paramétrite puerpérale ancienne dans 1 cas ; rétroversion de l'utérus antéfléchi, dans 1 cas ; petite tumeur de l'ovaire dans 1 autre cas.

Eu égard aux rapports des troubles gastro-intestinaux et de l'affection gynécologique, l'auteur distingue 4 groupes de cas :

1° Dans une première catégorie de cas, il y avait coïncidence entre les deux ordres d'accidents ;

2° Dans une seconde catégorie de cas, les troubles gastro-intestinaux et l'affection gynécologique relevaient d'une seule et même cause (relâchement des moyens de contention des organes intra-abdominaux) ;

3° Dans une troisième catégorie de cas, l'affection intestinale avait retenti sur les organes génitaux, la stase veineuse consécutive à la coprostase ayant entraîné des métrorrhagies, de la dysménorrhée, de la leucorrhée ;

4° Enfin, dans une dernière catégorie de cas, les troubles gastro-intestinaux étaient une conséquence de l'affection génitale : atonie de l'estomac, atonie de l'intestin, anacidité, hyperchlorhydrie, gastralgies périodiques.

En somme, contrairement à l'opinion soutenue par certains auteurs, M. Theilhaber nie qu'il existe une dyspepsie utérine. Cependant il érige en règle de conduite que les femmes affectées de certains désordres gastro-intestinaux soient soumises à un examen gynécologique, et que, inversement, les femmes atteintes d'une affection des organes génitaux soient examinées au point de vue de l'état de leurs fonctions digestives.

Pour ce qui concerne le côté thérapeutique de la question, l'auteur a fait remarquer que même les troubles gastro-intestinaux en rapport avec une affection des organes génitaux ne cèdent pas toujours à un traitement exclusivement gynécologique ; dans les cas d'atonie

intestinale, notamment, il faut recourir, en outre, au massage de l'intestin, à l'électrisation, etc. E. R.

SUR 455 CAS D'ÉCLAMPSIE A LA MATERNITÉ DE SAINT-PÉTERSBOURG,

Par le Dr Bidder

(*Archiv für Gynaekologie*, 1893, t. XLIV, fasc. 1, p. 165.)

Le très important travail de M. Bidder comprend deux parties.

Une première est consacrée à la statistique des cas d'éclampsie survenus à la Maternité de Saint-Pétersbourg. Les chiffres présentés par l'auteur démontrent que la fréquence de l'éclampsie est allée en augmentant d'année en année. Tandis que la proportion des cas, calculée sur le total des femmes qui sont venues accoucher à la Maternité de Saint-Pétersbourg, pendant la période susdite, a été de 1 sur 133, elle a été de 1 sur 100 pour la dernière année.

Il n'y avait aucune raison de croire à un développement épidémique de l'éclampsie ou à la propagation de la maladie par voie de contagion.

Chez les primipares, l'éclampsie a été 7 fois plus fréquente que chez les pluripares.

L'âge a été sans influence sur le développement des accidents éclamptiques.

Ceux-ci ont été particulièrement fréquents, dans les cas de grossesses multiples et dans les cas d'accouchement avant terme.

Le plus souvent les accidents ont éclaté pendant la période de dilatation : dans 34 cas ils ont débuté avant l'apparition des premières douleurs.

Dans 33 % cas, les convulsions éclamptiques ont été arrêtées net, aussitôt après l'expulsion de l'enfant ; presque aussi souvent, les attaques ont diminué, pour disparaître rapidement après évacuation du contenu de l'utérus. Il est tout à fait exceptionnel qu'une femme éclamptique mette au jour un fœtus macéré. Les produits de désassimilation, provenant du fœtus, paraissent être sans influence aucune sur le développement de l'éclampsie.

La mortalité générale, chez les éclamptiques de la Maternité de Saint-Pétersbourg, s'est chiffrée par 17,3 0/0, mais 10,5 0/0 seulement des malades sont mortes des suites immédiates de l'éclampsie. Le nombre des accouchements antérieurs et l'âge des femmes ne

paraissent pas avoir d'influence sur la mortalité, et la gravité du pronostic paraît dépendre surtout de la durée du travail, et plus encore du nombre des attaques. La proportion des enfants morts s'est chiffrée par 30,9 0/0.

A la Maternité de Saint-Pétersbourg, le traitement de l'éclampsie a consisté principalement en enveloppements dans le drap mouillé suivant le procédé de Priessnitz, en bains chauds combinés avec l'emploi des narcotiques (opium en lavements et en injections sous-cutanées).

Quand le travail était commencé, on l'accélérait le plus possible, en se préoccupant de ménager la vie de l'enfant. Le cas échéant, on on avait recours aux incisions du col suivant le procédé de Dührssen. Pour toute intervention opératoire on avait recours à l'anesthésie profonde par inhalations de vapeurs de chloroforme. En général, on s'est montré très réservé pour pratiquer l'opération césarienne. Celle-ci est peu justifiée quand elle est pratiquée à une période assez éloignée de la grossesse. Quand elle est pratiquée dans les derniers temps de la gestation, son utilité est douteuse, tant pour ce qui concerne le salut de la mère que pour ce qui concerne le salut de l'enfant.

(*Rev. gén. de méd., de clin. et d'obst.*)

LE CHOLÉRA CHEZ LES FEMMES ENCEINTES,

Par M. Galliard.

Parmi les facteurs de gravité du choléra, la grossesse, si je m'en rapporte aux observations recueillies chez mes 400 cholériques, tient le premier rang. Elle doit se placer, à mon sens, avant la débilité sénile, l'alcoolisme, la tuberculose. J'ai vu guérir, en effet, des vieillards affaiblis, des alcooliques, des phtisiques, à la suite d'atteintes graves du choléra. Au contraire, chez les femmes enceintes que j'ai soignées, il a suffi plusieurs fois d'une infection cholérique modérément grave, en apparence, pour déterminer des catastrophes. 9 femmes enceintes : 2 guérisons et 7 décès ; voilà, dans mon service, le bilan de la grossesse.

Les statistiques des auteurs diffèrent peu de la mienne en général. En 1856, par exemple, Horteloup a soigné à l'Hôtel-Dieu 11 femmes enceintes atteintes de choléra, parmi lesquelles 9 ont avorté : 8 ont succombé un ou deux jours après la fausse couche, une est morte

ans avoir eu le temps d'avorter. La même année, Potain a vu à Necker mourir deux femmes dans les mêmes conditions, l'une avortant, l'autre n'avortant pas.

Et cependant, le 10 août 1866, Moutard-Martin disait ceci : J'ai soigné beaucoup de femmes frappées à toutes les époques de la grossesse, et le nombre de celles qui ont succombé après accouchement prématuré ou avortement a été minime. Chez une femme atteinte, 8 jours avant le terme de la grossesse, d'un choléra algide qui a provoqué l'accouchement prématuré, la maladie s'est terminée rapidement d'une manière favorable. Parmi les femmes accouchant avant terme sous l'influence de la maladie, une seule a succombé. »

Cet optimisme a surpris.

Les femmes enceintes de choléra *léger* échappent seules à l'avortement. Celles que frappe le choléra *moyen ou grave* avortent et meurent ; ou bien, après la mort du fœtus, elles succombent sans avoir expulsé le produit de la conception ; telle est la règle. Les cas heureux constituent des exceptions.

« C'est à la période de réaction, et non pendant l'algidité, que se produit, dit Laveran, l'avortement ou l'accouchement prématuré. »

Parmi les 7 malades de ma série noire, 2 seulement ont avorté : l'une le neuvième jour, l'autre le onzième jour seulement ; cette dernière a succombé 8 heures plus tard, tandis que l'autre est tombée dans un état de marasme lentement mortel.

Chez les 5 autres, l'expulsion n'a pas eu lieu. Le décès est survenu le sixième, le neuvième (2 fois), le dixième, le quatorzième jour. Chose curieuse, la malade qui a fourni la plus longue carrière était phtisique ; elle a eu des oscillations thermiques (39°2 au maximum) qu'on chercherait vainement dans les autres observations.

Dans cette série, aucun cas de choléra foudroyant.

Lorsque la grossesse est avancée, s'il est impossible de sauver la mère, pourrait-on faire quelque chose pour le salut de l'enfant ?

Il est démontré que l'enfant succombe toujours avant la mère ; on pourra donc se dispenser de pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, comme la chose a été faite dans le cas d'Isambert en 1866. Il faudrait, si l'on se préoccupait uniquement des intérêts de l'enfant, provoquer l'accouchement prématuré ou pratiquer l'opération césarienne *de bonne heure*, c'est-à-dire à un moment où la situation de la mère n'est pas encore absolument désespérée (rappelons-nous la série favorable de Moutard-Martin). Quel est le médecin qui osera

sacrifier à ce moment une patiente encore pleine de vie ? Je me suis trouvé une fois, à propos d'une femme grosse de 8 mois, en présence de ce grave problème. Or, offrir, dans ce cas, à l'enfant les chances d'un salut très hypothétique c'était tuer la mère *à coup sûr*. J'ai pensé qu'il n'y avait qu'une chose à faire : s'abstenir.

(*La Médecine moderne.*)

INFLUENCE DES NŒUDS DU CORDON SUR LA CIRCULATION FŒTALE.

M. Lefour a étudié l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale. Elle est nulle, pense-t-il, s'il n'existe une forte compression ; d'ailleurs, il est aussi certain que l'influence de la compression est nulle, lorsqu'elle ne s'exerce pas au niveau d'un nœud.

Lorsque l'on augmente la pression intra-vasculaire, le cordon devient turgescent et le nœud se desserre. L'augmentation d'énergie des battements du cœur fœtal est-elle capable de produire le même effet ?

En employant comme moteur un cœur de tortue, M. Lefour a vu que sous son influence un nœud du cordon, quelque serré qu'il soit, se desserre. Si le nœud est alors soumis à une compression, le débit diminue, mais ne s'arrête que sous la pression de 500 grammes.

M. Lefour croit pouvoir conclure qu'un obstacle placé sur le trajet du cordon est capable d'amener exceptionnellement la mort du fœtus. Cette mort pourrait se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire ; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

(*Le Mouvement thérap. et méd.*)

RECHERCHES RELATIVES A LA PRÉSENCE DU GONOCOQUE DANS LA SÉCRÉTION VAGINALE DE LA FEMME,

Par Th. Buttner.

(*Saint-Petersburger medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 47.)

En l'espace de trois mois, l'auteur a examiné 54 prostituées habitant Dorpat, pour rechercher si elles étaient ou non affectées d'une blennorrhagie. De ces 54 prostituées, 32 étaient astreintes à un examen bihebdomadaire au spéculum, les 22 autres étaient venues échouer accidentellement à l'hôpital.

Chez 6 seulement de ces dernières, le seul examen macroscopique

faisait constater l'existence d'une blennorrhagie. Chez 11 des 16 autres = 68 %, l'examen bactériologique a fait constater la présence du gonococcus dans la sécrétion vaginale ; même résultat chez 9 = 28 %, des prostituées inscrites sur les registres de la police. Chez les prostituées en traitement à l'hôpital, M. Büttner a examiné à la fois et séparément le produit de la sécrétion vaginale, le produit de la sécrétion du col et le produit de la sécrétion uréthrale. Chez les 11 femmes affectées d'une blennorrhagie manifeste, il n'a jamais constaté la présence du gonococcus dans la sécrétion vaginale ; 6 fois le gonococcus a été rencontré à la fois dans les matières sécrétées par le col et dans les matières sécrétées par l'urètre, 4 fois dans la sécrétion uréthrale seulement, 1 fois dans la sécrétion du col seulement.

En fin de compte l'auteur conclut que l'examen des prostituées, tel qu'il est pratiqué de nos jours, ne donne pas de garanties suffisantes pour l'établissement d'un diagnostic sûr.

SUR LA FIÈVRE GONORRHÉIQUE PENDANT LA PÉRIODE DES SUITES DE COUCHES, CHEZ UNE FEMME QUI N'AVAIT PAS SUBI LE TOUCHER VAGINAL,

Par le Dr Léopold.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, n° 29, p. 675.)

Dans une précédente publication, l'auteur croit avoir démontré que les femmes enceintes qui ne subissent pas de manœuvres d'exploration interne sont aussi celles qui ont les meilleures couches. Les observations ultérieures n'ont fait que confirmer les résultats des précédentes recherches de M. Léopold. La fièvre puerpérale ne s'observe que dans la proportion de 1 à 2 p. 100, chez les femmes en couches qui n'ont pas subi le toucher vaginal. Or, on peut admettre qu'un certain nombre des femmes qui viennent accoucher dans les maternités sont en puissance d'une infection gonorrhéique. Pour rechercher l'influence éventuelle exercée par celle-ci sur le développement de la fièvre *post partum*, M. Léopold a fait faire l'examen histologique et bactérioscopique des lochies, chez les femmes en couches qui, n'ayant pas subi d'exploration interne, avaient néanmoins présenté de la fièvre, après leur délivrance. Un cas récent parle en faveur d'une influence fébrigène exercée par l'infection gonorrhéique, chez les femmes en couches. Ce cas concerne une ouvrière de fabrique âgée de 18 ans, qui avait mis au monde un enfant à terme, après

un travail dont la durée se chiffrait par sept heures quarante minutes. Périnée intact. L'accouchement avait eu lieu le 1er mai dernier. Le 3 mai, T. 37°8. P. 100. Lochies fétides. On fait des irrigations vaginales avec une solution de sublimé au 1/4000e. Le 4 mai, T. 38°6 ; nouvelle injection vaginale. Le 5 mai, T. 38°,2. Légers maux de tête. La paroi du vagin était tapissée par un dépôt grisâtre ; déchirure du col, à droite. Le col était recouvert d'un enduit gris verdâtre. On fait une irrigation utérine avec une solution phéniquée à 2 1/2 p. 100. A partir de ce moment, la fièvre est tombée et la jeune femme pouvait être considérée comme rétablie.

L'enduit verdâtre qui tapissait le col a fait l'objet d'un examen bactérioscopique en règle ; il renfermait des amas de diplocoques et en différents points, des gonococcus tout à fait caractéristiques.

M. Léopold a tiré de ce fait les enseignements suivants :

1° Une femme en couches, qui n'a pas subi d'exploration interne, peut être prise de fièvre.

2° Cette fièvre peut reconnaître pour cause la présence du gonococcus à la surface et dans l'intérieur du col.

3° Cette fièvre n'est tombée qu'après enlèvement de l'enduit infectieux ; de simples irrigations vaginales ont été insuffisantes pour supprimer la fièvre.

4° Une femme qui n'avait de sécrétion vaginale suspecte ni avant, ni après l'accouchement, a présenté au quatrième jour de ses couches, les signes non douteux d'une affection gonorrhéique.

5° Il n'est pas légitime de considérer comme le produit d'une auto-infection, la fièvre présentée par cette malade.

6° Quand une femme accouche normalement sans avoir subi le toucher vaginal, et qu'elle a fait l'objet de soins antiseptiques externes suffisants, si à partir du troisième jour qui suit l'accouchement, elle est prise de fièvre, il y a lieu de soupçonner le développement d'une endométrite gonorrhéique ; en pareilles circonstances, c'est à tort qu'on imputerait les complications fébriles à une faute commise par le personnel qui assiste la femme en couches.

(*Rev gén. de méd.*, *de chir. et d'obst.*)

FÉCONDATION PENDANT LA PÉRIODE PUERPÉRALE.

M. Kroenig a communiqué à la *Société d'accouchement de Leipzig* un cas curieux de fécondation. Une femme de vingt-deux

ans accouchait le 4 juillet 1892 pour la seconde fois ; quatre jours après, c'est-à-dire le 8 juillet, elle eut des rapports sexuels, rapports qu'elle ne renouvela pas pendant les trois mois suivants. Elle ne revit pas ses règles et se trouva enceinte. Elle sentit en novembre 1892 les premiers mouvements du fœtus et accoucha le 10 mars 1893, c'est-à-dire deux cent quarante-trois jours après le coït, d'un enfant bien développé pesant 3,550 grammes.

Non seulement le développement de l'enfant était bien complet pour une grossesse aussi courte, mais encore l'époque de la conception est tout à fait surprenante. On admet, en général, que l'ovulation cesse pendant la grossesse et ne recommence que vers l'époque des premières règles ; c'est-à-dire au bout de six à huit semaines. Si l'ovulation ne s'est faite en réalité qu'après ce délai, il faut admettre que les spermatozoïdes se sont conservés dans l'organisme de la mère avec leurs propriétés pendant un temps bien long.

D'autre part, il est difficile de s'expliquer comment une caduque, qui n'avait pas encore eu le temps de se renouveler, a pu fixer et englober une ovule. Ce fait montre que : 1° en deux cent quarante-trois jours, comptés à partir du coït, il est possible à un fœtus d'atteindre un développement complet ; 2° que le fonctionnement des ovaires ne se suspend pas complètement pendant la grossesse ; 3° que les lochies n'empêchent pas la vitalité des spermazoïdes ; 4° que l'ovulation et la menstruation sont indépendantes ; 5° que, chez une femme robuste, la régénération de la muqueuse utérine est extrêmement rapide. (*Centralbl. f. Gynaek.*, n° 11.)

RÉTRÉCISSEMENTS URÉTHRAUX CHEZ LA FEMME.

Le Dr Genouville a publié sur ce sujet, dans les *Annales génito-urinaires*, un intéressant mémoire, dont voici les principales conclusions :

1° Les rétrécissements de l'urèthre sont extrêmement rares chez la femme : comme chez l'homme, ils reconnaissent deux causes principales : *l'infection* (depuis l'uréthrite banalement septique jusqu'à la blennorrhagie) et le *traumatisme* (dystocie) ; les lésions causées par le traumatisme étant, comme chez l'homme, plus précoces que celles qui suivent la blennorrhagie ;

2° Les signes fonctionnels varient de la simple gêne de la miction jusqu'à la rétention complète ; ils surviennent, à égalité de lésions,

sensiblement plus tôt chez la femme que chez l'homme ; indépendamment de toute constatation anatomique, ce simple fait clinique tendrait déjà à prouver que la vessie de la femme est moins puissante que celle de l'homme ; à obstacle égal survenant dans le canal de l'urèthre, la vessie de la femme se fatigue plus vite, son infériorité se traduisant par une insuffisance fonctionnelle plus précoce ;

3° Le rétrécissement de l'urèthre est susceptible d'amener chez la femme des lésions de cystite et de pyélonéphrite ascendante absolument analogues à celles qu'il engendre chez l'homme. Ces complications peuvent même survenir avec un rétrécissement peu serré ;

4° Le traitement le plus habituellement employé est la dilatation graduelle ; l'uréthrotomie et l'électrolyse ont à leur actif des succès ; mais les observations sont encore trop peu nombreuses et presque toujours trop peu précises pour qu'on puisse conclure. Le nouveau procédé d'*uréthrotomie totale* proposé par M. Quénu nous semble présenter plus de garanties contre la reproduction de la stricture.

On comprend que les rétrécissements de l'urèthre chez la femme amènent plutôt que chez l'homme des signes fonctionnels de dysurie, parce que la *vessie de la femme* est plus mince, moins musclée, moins résistante et plus extensible que celle de l'homme. Cette *infériorité* se vérifie donc au triple point de vue :

Anatomique (nos mensurations) ;

Physiologique (mictions plus rares mais plus abondantes, rétentions d'urine énormes, paraissant et disparaissant rapidement) ;

Clinique (défaillance fonctionnelle plus précoce en face des rétrécissements).

NOTE SUR L'AVORTEMENT EFFECTUÉ PAR LE CURETTAGE DE L'UTÉRUS DANS LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE,

Par M. BLANC.

(*Archives de Tocologie et de Gynécologie*, juin 1893.)

Dans les premiers mois de la grossesse, en présence de vomissements incoercibles rebelles à toute médication et menaçant gravement la vie de la mère, on n'a pas le droit d'hésiter devant l'avortement provoqué.

Une fois l'indication nettement posée, il importe d'agir vite et de ne pas perdre un temps précieux ; la vie de la malade est souvent une question d'heures ; aussi convient-il d'abandonner les méthodes

classiques trop souvent infidèles ou d'une lenteur d'action dangereuse pour recourir au curettage.

En agissant ainsi, non seulement on gagne du temps, fait capital, mais encore on débarrasse mieux la matrice de son contenu ; or chacun sait que la cessation des vomissements est à ce prix.

Enfin, avec cette méthode expéditive, on peut et on doit élargir le champ des indications, restreint jusque-là aux deux premières périodes démontrant qu'on peut obtenir des résultats inespérés, alors que les symptômes nerveux ont déjà éclaté.

A l'encontre de Paul Dubois il semble légitime à M. Blanc de risquer de compromettre l'art pour sauver une vie humaine irrémédiablement perdue. C'est là une bonne et saine pratique qui aura l'approbation de tous ceux pour qui la médecine est avant tout l'art de guérir.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

SUR LES CAUSES DE DYSTOCIE QUI ONT LEUR POINT DE DÉPART DANS LE RECTUM,

Par le Dr E. HOLLANDER.

(*Archives für Gynaekologie*, t. XXIV, fasc. 1, p. 149.)

Le prof. Freund, de Strasbourg, a pratiqué récemment une opération césarienne, chez une femme qui avait un cancer du rectum obstruant une partie du bassin. La femme a survécu. Le fœtus pesait 2.400 grammes ; il a été extrait vivant.

Ce fait a incité l'auteur à relever les cas analogues consignés dans les recueils de la littérature médicale. Il en a trouvé 9, publiés par Levret, Cruveilhier, Kürsteiner, Breslau, Kaltenbach et Loehlein. Dans deux de ces cas, la délivrance s'est faite spontanément. Dans deux autres cas, il a fallu une application de forceps, après perforation du crâne. Les femmes sont toutes mortes, dont quatre dans l'espace des onze premiers jours qui ont suivi la délivrance, les deux autres beaucoup plus tard.

De tous ces faits l'auteur conclut que dans les cas de cancer volumineux du rectum, l'opération césarienne est rigoureusement indiquée. L'expectation n'est légitime qu'autant que les tumeurs sont peu volumineuses. Quand l'enfant est mort, on pourra choisir entre l'opération césarienne et la perforation du crâne. L'auteur n'est point partisan de la provocation de l'accouchement prématuré.

Les autres variétés de tumeur du rectum sont rarement une cause de dystocie. La rétention des matières fécales, dans les cas de rétrécissement du rectum, peuvent rendre l'accouchement plus laborieux. Cela se voit surtout dans les cas d'atrésie du rectum, où le gros intestin débouche dans le vagin. L'inversion du rectum, les fistules vésico-rectales ne troublent pas l'accouchement. Dans un cas, un proctocèle vaginal a nécessité une application de forceps. Il en a été de même dans un cas de corps étrangers (noyaux de cerises) du rectum.

L'accouchement peut être rendu plus laborieux par la présence de quelque tumeur bénigne du rectum, kyste, polype, tumeur kystique du tissu cellulaire compris entre le rectum et le vagin. Dans un cas, Geldhroem a été obligé de faire une application de forceps, parce que à la suite d'une déchirure de la paroi antérieure du rectum, un kyste de l'ovaire avait pénétré dans le gros intestin et gênait le passage du fœtus à travers le bassin.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

ÉTAT PUERPÉRAL ET FIÈVRE PUERPÉRALE (PROPHYLAXIE),

Par le docteur E. Williams

(*Provincial medic. Journal*, septembre 1890, p. 545.)

Pour prévenir les complications de l'état puerpéral, il est de la plus haute importance d'obtenir que le retrait de l'utérus après l'accouchement s'effectue d'une façon normale. Voici les mesures que l'auteur conseille de prendre pour atteindre ce résultat :

1° Maintenir l'utérus dans une position normale, au moyen d'un bandage abdominal, et d'un traversin mis en bonne place, après la délivrance ;

2° Evacuation régulière de la vessie, soit spontanée, soit par le cathétérisme. La réplétion de la vessie empêche l'utérus d'occuper une position déclive et de se rétracter régulièrement pour éviter que du sang s'accumule dans la cavité utérine ;

3° Frictions quotidiennes avec un peu d'alcool, au moment où on change le bandage abdominal ;

4° Administration interne de 10 à 15 gouttes d'ergotine, toutes les 4 ou 6 heures d'abord, puis à des intervalles plus éloignés, durant les premiers jours qui suivent l'accouchement ; on pourra associer à l'ergotine de petites quantités de teinture d'opium.

5° Introduction de bougies contenant de l'iodoforme ou de l'eucalyptus, dans le vagin, au besoin de la cavité même de l'utérus. Il est avantageux d'enduire préalablement les bougies de glycérine ou d'huile phéniquée.

S'il survient de la fièvre ou d'autres symptômes de nature à faire craindre des complications inflammatoires, on devra procéder à des injections intra-utérines, à l'administration interne des antipyrétiques, à des applications de compresses froides sur la tête.

(*Rev. de thér. gén. et therm.*)

TUMEUR ÉNORME DE L'OVAIRE CHEZ UNE PETITE FILLE DE QUATORZE ANS.

A la *Philadelphia Academy of surgery*, M. KEEN a rapporté l'observation d'une petite fille de quatorze ans, chez laquelle il a pratiqué avec succès l'ovariotomie pour une tumeur énorme de l'ovaire.

Quand M. Keen vit cette petite malade pour la première fois, elle avait le ventre énormément distendu ; le père de l'enfant ne voulut pas autoriser d'autre opération que la ponction. Celle-ci fut pratiquée, mais n'amena qu'un soulagement momentané. Quatorze mois plus tard, le volume du ventre étant devenu énorme, M. Keen fit l'ovariotomie. Le liquide retiré dans l'opération pesait 40 kilogrammes, la partie solide de la tumeur 11 kilogrammes ; ce qui donne pour l'ensemble 51 kilogrammes. Or, après l'ablation de la tumeur l'enfant ne pesait plus que 32 kilogr. 650 grammes.

Après l'ablation de la tumeur et la suture, l'abdomen de l'enfant ressemblait à celui d'un cadavre dont on a enlevé tous les viscères. La paroi antérieure de l'abdomen tombait flasque jusque sur les vertèbres lombaires. Immédiatement au-dessous de cette paroi on sentait battre l'aorte. Les viscères abdominaux avaient été refoulés dans les flancs et sous les côtes ; ils ne revinrent que peu à peu à leur place normale. La guérison survint sans complication ; elle est actuellement complète.

(*Le Bull. méd.*)

HÉMORRHAGIES GASTRO-INTESTINALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

M. HERGOTT, de Nancy, a fait une communication à la Société obstétricale de France, sur ce sujet important. Il distingue d'abord les méléna et les hematémèses secondaires d'origine maternelle ou autre.

Quant aux hémorragies gastro-intestinales vraies, leur origine est variable. On a remarqué la brièveté du cordon, les ulcérations (signalées par Devergie) sur la muqueuse gastro-intestinale. Ces ulcérations ont été signalées par de nombreux observateurs. On les a attribuées à la dégénérescence graisseuse des artérioles, à l'action du suc gastrique, à des embolies des artérioles de l'estomac (Léopold). Ces causes ont pu être exactes dans des cas pour lesquels elles ont été invoquées, mais il y a des cas où l'on n'a rien trouvé. On a pu songer à l'obstruction des canaux portes, à l'engorgement respiratoire.

Ces hémorrhagies sont rares : les classiques leur attribuent la proportion de 1 0/00. M. Hergott, sur 8,000 accouchements, en a vu deux cas. Dans l'un deux qu'il rapporte, l'enfant, né en état de mort apparente, puis ranimé, eut au bout de six heures une hémorrhagie intestinale et mourut aussitôt. A l'autopsie on ne trouva rien dans le tube digestif : pas de traces d'ulcérations ; le foie était le siège manifeste d'apoplexies partielles. Le sang fut examiné par Baraban et reconnu normal. Le cœur droit était très dilaté et le cœur gauche, au contraire, bien moins dilaté que d'habitude. Il y avait arrêt de développement de celui-ci ; peut-être les deux enfants perdus antérieurement par la mère étaient-ils morts de la même lésion. Il est probable que là était la cause des hémorrhagies. Après la suppression du canal artériel, il y a eu insuffisance du cœur gauche et hypertension dans le réseau veineux, y compris celui du tube digestif.

M. Hergott compare le mécanisme de ces hémorrhagies à celui que l'on observe pour les hémorrhoïdes, qui disparaissent quand la cause mécanique de l'étranglement a disparu.

HYSTÉROTOMIE SPONTANÉE,

Par M. le Dr Hutson, de New-York.

La patiente, une mulâtresse de 35 ans, a avorté plusieurs fois et n'a jamais pu avoir un enfant à terme. Elle reçut les soins d'une accoucheuse, qui prétendit que l'enfant et le placenta étaient sortis naturellement et qu'au moment où la femme allait à la selle, la matrice descendit et sortit complètement par la vulve. (Il est bon de dire ici que c'est la coutume chez les sages-femmes nègres de délivrer la parturiente à genoux devant une chaise. Quand le travail ne marche pas assez vite à leur gré, deux d'entre elles se placent de chaque côté de la patiente et lui secouent violemment tout le corps jusqu'à

ce que les douleurs augmentent de fréquence). L'accouchée reste environ 3 jours dans cette situation, par un temps chaud d'été, sur un matelas malpropre. M. le Dr Hutson fut alors appelé et trouva la malheureuse sans connaissance, le ventre énorme par la péritonite qui s'était déclarée. Du vagin sortait une masse molle putride paraissant être l'utérus inversé qui s'était virtuellement amputé lui-même par les contractions du col sur les ligaments ronds et larges. L'utérus fut enlevé en masse et le vagin tamponné à l'aide de gaze trempée dans la vaseline phéniquée. La femme était moribonde, c'était là bien peu pour la tirer d'affaire. A la grande surprise de l'auteur, elle se rétablit et elle jouit actuellement d'une excellente santé.

(*Medical Record.*)

(Traduction du Dr Trétrop, chef du service de bactériologie à l'hôpital Stuyvenberg, d'Anvers.)

GROSSESSE GÉMELLAIRE. MORT D'UN DES FŒTUS A QUATRE MOIS, LE SECOND RESTANT VIVANT,

Par J.-M. Krim.

(*Clinical Soc. of Louisville,* 4 avril 1893. Etats-Unis d'Amérique.)

L'auteur lit la note suivante :

Il y a douze jours, je suis appelé auprès d'une femme à son troisième accouchement. Au premier, il y avait eu grossesse gémellaire ; au second, grossesse simple ; cette fois, la parturiente pensait avoir encore trois semaines à courir avant d'accoucher. A l'examen, je pensai le travail commencé. Il se termina sept heures après par la naissance d'un enfant bien constitué, mais petit et pesant environ six livres et demie. Quelques jours après, je suis rappelé en hâte, l'acouchée souffrant considérablement. A l'examen, je trouvai quelque chose de mou sortant du col utérin. Ayant exercé une certaine traction, il y eut rupture de la partie saisie et il s'écoula un liquide très fétide suivi bientôt d'un fœtus macéré au quatrième mois. Les suites furent heureuses.

Le cas est intéressant, car il s'agit d'élucider, s'il y a eu là grossesse gémellaire, ou conception secondaire.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obstét.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — **Traitement de l'éclampsie puerpérale par les injections hypodermiques d'eau salée.** — M. le docteur M. Bernheim a récemment décrit, dans sa thèse inaugurale, les indications, le manuel opératoire et les effets des injections sous-cutanées d'eau salée dans l'éclampsie puerpérale, traitement que M. le docteur Porak, accoucheur des hôpitaux de Paris, emploie dans son service, à l'hôpital Lariboisière.

D'après notre confrère, ces injections auraient, dans l'éclampsie puerpérale, une action curative certaine. D'une part, elles abaisseraient le taux de la toxémie, en diluant les toxines dans une plus grande masse liquide ; d'autre part, elles favoriseraient l'élimination de ces toxines en rétablissant ou en augmentant la sécrétion urinaire.

La quantité des urines émises par les éclamptiques fournit, ainsi que le fait ressortir M. Bernheim, un élément important pour le pronostic de l'affection et pour les indications des injections d'eau salée.

Lorsque l'urine est abondante, à peu près normale, claire et limpide, c'est que la toxémie est peu considérable et la maladie bénigne. Dans ces cas, on peut se passer d'injections d'eau salée et se borner au simple traitement symptomatique, dont les agents principaux sont le chloroforme et le chloral, qui peuvent être administrés simultanément. Et, en effet, ce traitement a suffi à amener la guérison de six cas d'éclampsie dans lesquels l'abondance relative des urines avait fait porter un pronostic favorable.

Par contre, pour les cas graves d'éclampsie dans lesquels l'urine est peu abondante, foncée, noirâtre, ou lorsqu'il y a anurie, on doit avoir recours aux injections d'eau salée seules ou associées à la saignée.

Voici comment ces injections sont pratiquées dans le service de M. Porak :

Le liquide employé est de l'eau stérilisée (bouillie) contenant de 7 grammes à 7 gr. 50 centigr. de chlorure de sodium par litre. Cette eau est versée dans un vase en forme de carafe muni d'un bouchon

en caoutchouc que traversent deux tubes en verre. L'un des tubes est long; il plonge au fond du vase et, par sa partie supérieure recourbée, il communique, au moyen d'un tube en caoutchouc, avec une aiguille creuse. L'autre tube, plus court, n'atteint pas le niveau du liquide ; il communique extérieurement avec une poire en caoutchouc destinée à injecter le liquide en refoulant de l'air dans le récipient.

On pourrait aussi se servir d'un appareil beaucoup plus simple, d'un bock (muni d'un tube en caoutchouc relié avec l'aiguille) qu'on n'aurait qu'à élever plus ou moins au-dessus du plan du lit.

Le meilleur endroit pour pratiquer l'injection est la région fessière. Après avoir placé la malade sur le côté opposé à celui qui est choisi pour l'injection, on pratique l'asepsie de la peau de cette région. Le liquide destiné à l'injection étant à la température de 37°5 à 38° (pour la maintenir à ce niveau, le vase contenant le liquide est plongé dans un récipient plus grand contenant de l'eau à la température nécessaire), on commence par amorcer l'appareil et l'on en chasse tout l'air qu'il peut contenir, puis on enfonce l'aiguille profondément sous la peau et l'on fait jouer l'appareil. Il se forme alors dans la profondeur, près de l'aiguille, une induration de plus en plus saillante, à la surface de laquelle la peau prend un aspect blanchâtre et comme grenu. Pour faciliter la résorption du liquide on pratique un léger massage. Il est bon d'injecter en une fois un litre de liquide, ce qui exige environ vingt minutes. Si les tissus deviennent trop tendus avant qu'un litre ait eu le temps d'y pénétrer, on fait immédiatement une piqûre à l'autre fesse et l'on y injecte le reste du liquide.

Les injections hypodermiques d'eau salée ont été pratiquées par le procédé qui vient d'être décrit sur huit malades chez lesquelles l'insuffisance urinaire indiquait une affection grave. Sept d'entre elles étaient éclamptiques ; la huitième était atteinte d'urémie à forme dyspnéique.

Chez toutes ces malades les injections d'eau salée ont eu pour effet manifeste d'augmenter ou de rétablir la sécrétion urinaire et d'enrayer plus ou moins rapidement (après une ou deux injections) les attaques éclamptiques (ainsi que la dyspnée dans l'unique cas d'urémie à forme dyspnéique).

Six malades ont guéri ; deux sont mortes. Or, ces deux morts n'infirment en rien les effets favorables du traitement, attendu qu'un des décès est survenu chez une femme entrée à l'hôpital dans un état déjà

désespéré et que l'autre s'explique par l'impossibilité de continuer le traitement par suite du départ de la malade. Dans ce dernier cas, le traitement avait déjà amené la cessation des attaques, le retour de l'intelligence et le rétablissement de la fonction urinaire, lorsque le mari de la malade, la croyant guérie, voulut absolument la ramener à son domicile, où elle ne tarda pas à succomber.

***

2. — **Sur la colpoplastique**, par le Dr O. Küstner. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 23, p. 253.). — La colpoplastique, c'est-à-dire l'établissement, par voie plastique, d'un vagin ou d'une portion de vagin, est indiquée dans les cas de rétrécissement ou d'oblitération congénitaux ou acquis de ce canal, pour remédier à la rétention des matières sécrétées par l'utérus et à l'impossibilité de pratiquer le coït.

Dans les cas de rétrécissement acquis, la simple dilatation du canal au moyen d'une tige de laminaire ou du bistouri constitue un mode d'intervention insuffisant. De même dans les cas d'oblitération on ne devra pas se contenter de pratiquer un canal qui livre simplement passage au sang menstruel. Il faut établir un canal vaginal qui se prête à des rapports sexuels.

Il faut, de plus, que les surfaces à vif se recouvrent d'épithélium. Quand une faible partie seulement du conduit vaginal est à recouvrir, on pourra rapprocher au moyen de points de suture les segments supérieur et inférieur du vagin.

Dans les cas de solution de continuité plus considérables, on utilisera des lambeaux taillés dans les régions avoisinantes et qu'on transplantera. Dans un cas, M. Küstner a transplanté avec succès un lambeau de muqueuse intestinale. En principe, on s'abstiendra d'utiliser des lambeaux cutanés provenant des régions qui avoisinent les grandes lèvres, à cause des poils qui recouvrent la peau à ce niveau. Dans un cas d'absence congénitale totale du vagin, M. Küstner a pratiqué une vaste excavation entre la vessie et le rectum ; puis, il a détaché les petites lèvres, depuis leur base jusqu'à leur insertion postérieure, et il les a fixées au moyen de points de suture sur la paroi de l'excavation en question.

(*Rev gén. de méd. de chir. et d'obst.*)

***

3. — **L'hydrastinine dans le traitement des métrorrhagies de la grossesse**, par PRATI. (*Gazetta degli ospitali*, 8 décembre 1892.) — L'hydrastinine, produit d'oxydation de l'hydrastine, a été beaucoup expérimentée déjà par Falk Czempin, Strassmund, Bauma, Emanuel, Abel, qui lui ont trouvé une valeur thérapeutique indiscutable dans le traitement des métrorrhagies tant idiopathiques que secondaires. L'auteur croit qu'il faut insister sur l'action de ce médicament dans les hémorrhagies de la grossesse.

Aux observations d'Abel, l'auteur ajoute une observation personnelle dont voici le résumé :

Il s'agit d'une femme saine et robuste d'une trentaine d'années, non syphilitique. Elle a eu précédemment trois grossesses : la première a été conduite jusqu'à terme malgré une métrorrhagie survenue au septième mois ; la deuxième et la troisième se sont terminées au septième mois, après avoir présenté vers le cinquième mois des métrorrhagies assez abondantes.

Quinze mois avant sa dernière grossesse, cette malade a été soumise à un curetage partiel du col utérin. Au triosième mois de sa nouvelle grossesse sont apparues les premières métrorrhagies, moins abondantes toutefois que dans ses grossesses précédentes, et qui se prolongèrent jusqu'à la fin du cinquième mois. A ce moment l'auteur intervint. Il injecte d'abord 1/2 seringue de Pravaz d'une solution à 10 % d'hydrochlorate d'hydrastinine. Le quatrième jour, ayant obtenu une diminution, mais non un arrêt complet de l'hémorrhagie, il injecta une seringue entière pendant trois jours. La dernière injection amena la suppression complète de la perte sanguine.

Celle-ci ne se renouvela pas avant la fin du neuvième mois. L'auteur eut alors recours pendant trois jours à l'hydrastinine. Mais, observant que les contractions utérines se suspendaient, il se contenta d'un tamponnement et obtint un nouveau-né vivant et à terme.

Prati, examinant les hypothèses du mécanisme d'action de l'hydrastinine, s'arrête à la suivante : Il s'agirait d'une contraction énergique et permanente des parois vasculaires par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, contraction qui donne le temps au coagulum de s'organiser en fermant solidement les vaisseaux dilacérés.

(*La France méd.*)

***

4. — Traitement de l'éclampsie chez les enfants. — Dans une leçon clinique sur ce sujet, M. J. Simon donne les indications thérapeutiques suivantes que nous résumons :

Très souvent, M. J. Simon ne manque jamais l'occasion de le dire, l'éclampsie infantile reconnaît pour cause des troubles digestifs. On doit donc d'abord vider le tube digestif par un laxatif ordinaire qu'on repète jusqu'à effet utile ; si cela ne suffit pas, on provoque les vomissements par les titillations de la luette.

Si ces moyens ne suffisent pas pour produire la disparition des accès, on agit sur la sensibilité générale en faisant respirer sur un mouchoir quelques gouttes d'éther ou de chloroforme. Quand l'attaque cesse on supprime les inhalations, qui sont d'ailleurs sans grand danger. Si la crise continue, on fait absorber par la bouche et par petites doses pendant les vingt-quatre heures ou par la voie rectale en deux ou trois, quatre lavements à une heure d'intervalle la potion suivante :

Hydrate de chloral........................	1 gr.
Bromure de potassium.....................	1 —
Alcoolature d'aconit.........................	10 gr.
Sirop de codéine..............................	5 gr.
Teinture de musc...........................	10 gr.
Eau de fleur d'oranger.....................	100 gr.

Si ces moyens ne suffisent pas, on donne soi-même un bain tiède sinapisé qui, en produisant une révulsion généralisée, peut arrêter les convulsions. On a encore la ressource d'appliquer sur la nuque un petit vésicatoire qu'on ne laisse en place que pendant trois heures et qu'on remplace ensuite par un cataplasme de fécule. Les indications de ces divers médicaments s'expliquent d'elles-mêmes.

(*Rev. de Thér. méd.-chir.*)



5. — Le permanganate de potasse en gynécologie. (E. Monod.) — L'action élective et spécifique du permanganate de potasse sur le terrain de culture du gonocoque devait inspirer l'idée d'appliquer ce médicament partout où l'agent infectieux peut élire domicile : métrites et salpingites survenant en dehors de toute cause puerpérale et qui reconnaissent pour origine l'invasion gonococcique.

Les muqueuses des voies génitales supérieures ne sont évidemment

pas accessibles à un traitement direct, et on ne peut attendre la guérison des salpingites blennorhagiques, en dehors de l'intervention chirurgicale, que de la disparition spontanée des microbes, ce qui s'observe d'ailleurs assez fréquemment, comme la clinique le démontre. Mais quand l'utérus est infecté, n'est-il pas rationnel de chercher à faire bénéficier cet organe de l'action élective du permanganate sur le gonocoque? Il est d'autant plus légitime de se le demander que, d'après les dernières recherches bactériologiques, l'infection blennorrhagique, plus souvent chez la femme que chez l'homme, peut rester localisée à un seul point, sans extension aux parties voisines.

Nous ne pouvons apporter, dit M. Monod, pour le moment, des observations cliniques bien probantes à l'appui du traitement des urétrites blennorrhagiques par le permanganate de potasse. Dans une dizaine de cas d'endométrites chez des jeunes femmes nullipares, j'ai badigeonné à diverses reprises l'intérieur de la cavité cervicale ou de la cavité utérine, lorsque l'orifice interne était perméable, avec un bourdonnet d'ouate imprégné de solution de permangante de potasse au 1/1000. Il m'a paru que l'écoulement utérin était favorablement modifié par cette pratique. Dans deux autres circonstances, j'ai obtenu une amélioration réelle chez des femmes atteintes de métrites avec salpingites très vraisemblablement blennorrhagiques, en leur prescrivant des injections quotidiennes avec la même solution de ce médicament.

La première condition pratique pour essayer l'action du permanganate sur la muqueuse utérine, c'est qu'un libre accès soit ouvert dans la cavité, au moyen de la dilatation préalable. On ferait alors des lavages intra-utérins avec les solutions de permanganate. Peut-être pourrait-on s'adresser aussi aux crayons médicamenteux préparés avec ce sel.

(*Bull. méd.*)

***

6. — Endométrite cervicale chronique chez les nullipares; traitement, par M. le Dr Bouilly. — L'auteur ne veut parler que de l'endométrite chronique chez les jeunes femmes qui n'ont pas eu d'enfant. Il n'y a pas de déchirure, pas de dégénérescence sclérokystique. L'orifice externe est étroit. Il y a rétention des sécrétions. La cavité cervicale ressemble à un petit baril. Les femmes qui ont des écoulements tenaces, visqueux, adhérents, sont

d'ordinaire stériles. Ces malades souffrent peu. Elles ont des pesanteurs dans le bas-ventre. L'affection est-elle d'origine gonorrhéique ? C'est possible.

Que faut-il faire dans ces cas ? Le curettage échoue. Les injections antiseptiques ne font absolument rien. Les tampons imbibés d'alun, de tannin, n'ont aucun effet. Les topiques appliqués sur la muqueuse cervicale ne réussissent pas souvent. Les lésions glandulaires sont si profondes que l'antisepsie cervicale échoue. Le hersage employé par Doléris donne quelques bons résultats. Le Schrœder est une opération compliquée, délicate, qui exige des sutures multiples. En somme, c'est une grande opération pour une petite lésion.

M. Bouilly propose l'opération suivante dans le cas d'endométrite glandulaire chez les nullipares :

Il commence par dilater l'utérus pendant deux jours. Après lavage et raclage de la cavité utérine, on fixe la lève supérieure et intérieure du col et on commence l'opération proprement dite.

Avec un bistouri long et étroit il enlève, sur la demi-circonférence de chaque lèvre, un lambeau épais de 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, suivant la profondeur des lésions. On abrase ainsi la muqueuse, de façon à former deux gouttières qui se regardent par leur concavité. On a soin de conserver un pont de muqueuse sur les parties latérales du col. Cette muqueuse servira d'amorce pour la régénération de la muqueuse. L'orifice externe est largement ouvert. On bourre la cavité cervicale avec de la gaze iodoformée. M. Bouilly a fait quarante fois cette opération et n'a eu qu'un échec. Il a noté des petites hémorrhagies post-opératoires. Il y a donc lieu de faire un tamponnement soigneux. Il a obtenu la conception deux fois chez des femmes stériles depuis longtemps.

(*Bull. gén. de Thérap.*)



7. — Sur l'hystogenèse et l'étiologie des myomes utérins avec déductions thérapeutiques, par le Dr Gottschalk. (*Archiv für Gynaekologie*, 1893, t. XLII, fasc. 3, p. 534.) — Nous passons sur la partie du travail de Gottschalk, relative à l'hystogenèse des myomes utérins.

Au sujet de l'étiologie de ces humeurs, M. Gottschalk, soutient que les myomes utérins sont d'origine irritative. Ce ne sont pas des

néoplasies congénitales, ce sont des néoplasies acquises. Leur développement doit être en rapport immédiat avec quelques troubles de la circulation artérielle, d'ordre congestif.

Au point de vue prophylactique, on peut déduire de là que, pour prévenir le développement des myomes utérins, il faut préserver cet organe des irritations intenses et prolongées, des états congestifs de longue durée.

Au point de vue thérapeutique, M. Gottschalk préconise la ligature double des artères utérines, pratiquée à une époque aussi rapprochée que possible du début du développement des néoplasies myomateuses. Cette opération, M. Gottschalk l'avait pratiquée trois fois au moment de la publication de son mémoire. L'état subjectif des malades s'est amélioré d'une façon éclatante. De même les ménorrhagies profuses ont été supprimées dès la première période menstruelle qui a suivi.

(*Rev. gén. de méd. de chir. et de ph.*)

***

7. — La ligature des vaisseaux utérins dans les cas de myome, par le Dr Kustner. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, n° 33, p. 761.) — A propos d'un travail de Gottschalk sur l'hystogenèse et l'étiologie des myomes utérins, M. Küstner fait savoir qu'il a été amené à faire accidentellement la ligature des vaisseaux utérins dans un cas de myome. C'était chez une femme de 47 ans, sujette depuis des années à des métrorrhagies profuses, en rapport avec un myome utérin. Le 10 septembre 1890, l'auteur fit une tentative d'extirpation totale de l'utérus qui n'aboutit pas. Des vaisseaux utérins avaient été liés des deux côtés.

M. Gottschalk eut l'occasion de revoir cette femme, sept semaines après l'opération. L'utérus, au toucher, ne paraissait pas augmenté de volume. Une sonde n° 4 ne pénétrait dans la cavité qu'à une profondeur de 8 centimètres. Depuis l'opération, la malade n'avait eu qu'une seule hémorrhagie, elle se sentait beaucoup mieux.

Depuis lors, M. Küstner a pratiqué la ligature des artères utérines dans un autre cas de myome de l'utérus. L'opération a été faite le 12 février 1893. Le 15 mars l'utérus était revenu à son volume normal. La cavité utérine mesurait 6 centim. 1/2 en longueur. Les hémorrhagies étaient supprimées.

Dans ces deux cas, conclut M. Küstner, les résultats ont été moins satisfaisants que ceux qu'on observe à la suite de la castration. Reste à savoir s'ils seront aussi durables.

Naturellement l'action atrophiante de la ligature des artères utérines se manifestera dans d'autres circonstances pathologiques, dans des cas d'hypertrophie simple, de métrite, ainsi que le prouve une observation de métrite chronique, relatée sommairement par Küstner.

Relativement à la technique opératoire, M. Küstner fait observer qu'il est sans doute préférable d'inciser la voûte du vagin, de découvrir les vaisseaux utérins, de les lier, de refermer ensuite la plaie vaginale, plutôt que de pratiquer la ligature sous-muqueuse de ces vaisseaux.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

***

8. — La salipyrine contre les menstruations profuses. — Nous avons déjà, à plusieurs reprises, signalé les propriétés de la salipyrine dans le rhumatisme. Le Dr Zurhelle signale aujourd'hui les propriétés de cet agent thérapeutique dans la menstruation profuse, surtout dans les cas où l'hémorrhagie n'est pas due à une affection organique (cancer ou fibrome).

Administrée quelques jours avant les règles à la dose de 1 gramme, répétée trois fois par jour, en cachets, la salipyrine diminuerait très considérablement la quantité et la durée du flux menstruel et serait en tant que médicament antiménorrhagique, plus efficace que l'ergot de seigle et l'ergotine. En outre, elle agirait favorablement aussi contre la dysménorrhée. Dans ce cas il convient de réduire la dose à 1 gramme 50 par jour.

(*Jour. de méd. de Paris.*)



9. — L'acide oxalique comme emménagogue. — Le Dr Lardier a expérimenté depuis quelque temps l'acide oxalique comme un médicament emménagogue, et dans la plupart des cas les effets de l'acide oxalique, à la dose de 2 grammes par jour, ont été très caractérisés. « Mais il ne faut pas perdre de vue, dit le Dr Lardier, que cet acide a une saveur styptique très intense. Aussi la plupart de nos malades marquaient une répugnance très vive pour le médicament

tel qu'il est formulé par le Dr Poulet. J'ai voulu me rendre compte par moi-même de l'impression désagréable produite par l'absorption de ce médicament. Il ne faut pas se dissimuler que l'infusion de thé avec addition de sirop d'écorce d'orange amère (30 grammes) et d'acide oxalique (2 grammes) flatte peu le palais.

« Cependant les propriétés emménagogues de l'acide oxalique demandent à être utilisées. Nous ne devons pas nous priver de ses propriétés très énergiques, au sujet desquelles nous sommes complètement d'accord avec le Dr Poulet. C'est pour rendre cette potion plus acceptable que nous avons cherché et trouvé la formule suivante que nous recommandons à nos confrères :

Acide oxalique........................ 2 grammes.

dissous dans :

Eau................................ 400 grammes.

Ajoutez :

Glycérine neutre.................... 40 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.............. 60 grammes.

Un quart de verre toutes les heures.

« Donnée de cette façon, la potion à l'acide oxalique n'est pas plus désagréable que la limonade sulfurique ou chlorhydrique. »



10. — La ligature des vaisseaux utérins dans les cas de myome de l'utérus, par le Dr S. Gottschalk. (*Centralblat für Gynaekologie*, 1893, n° 39, p. 897.) — A propos de l'article de M. Küstner, M. Gottschalk fait remarquer qu'il opère suivant la même technique que son interlocuteur ; autrement dit pour mettre à nu les vaisseaux utérins, il procède comme lorsqu'on pratique une extirpation totale de l'utérus. Il a toujours détaché provisoirement la vessie de l'utérus, pour préserver celle-là contre toute lésion opératoire. M. Gottschalk reconnait cependant qu'on peut négliger cette précaution. Pour contourner les vaisseaux avec l'aiguille armée d'un fil de soie, il se guide sur l'index ; il fait trois ligatures en chaîne, qui embrassent le tiers inférieur du ligament. Grâce à l'emploi de la soie, et grâce à ce que les ligatures sont abandonnées dans la cavité abdominale, il s'opère une rétraction cicatricielle des ligaments dits cardinaux, résultat auquel M. Gottschalk attache une certaine

importance. Il oblitère la plaie vaginale au moyen de quelques points de suture en catgut, suture entrecoupée.

Les opérées gardent le lit une huitaine de jours.

Jusqu'ici M. Gottschalk a expérimenté ce traitement opératoire dans sept cas de myomes utérins, dont deux n'ont été opérés qu'au mois de juillet dernier. Dans ces deux cas, il s'agissait de myomes du volume d'un poing, qui avaient occasionné des métrorrhagies profuses. Dans les deux cas les hémorrhagies ont été supprimées. Les deux femmes n'ont plus, depuis leur opération, que des règles de moyenne abondance : elles ne souffrent plus. Chez les cinq autre opérées, il s'est écoulé, depuis l'époque où a été pratiquée la ligature des artères utérines un intervalle de temps compris entre vingt et un et quatre mois ; les myomes atteignaient jusqu'au volume d'une pomme. Deux des opérées peuvent être considérées comme complètement guéries, en ce sens que non seulement elles sont débarrassées de leurs métrorrhagies et de leurs incommodités, mais qu'en outre la présence d'une tu meur ne peut plus être constatée par une simple exploration clinique. Chez les trois autres femmes, les myomes se sont considérablement ratatinés; l'utérus a diminué de volume. Chez deux opérées, qui approchaient de l'âge critique, la ménaupose est survenue peu de temps après l'opération. Deux cas sur lesquels M. Gottschalk a fourni des renseignements circonstanciés parlent tout particulièrement en faveur de l'efficacité de ce mode de traitement des myomes.

Avec Küstner, M. Gottschalk pense que la ligature des artères utérines donnera de bons résultats dans le traitement de l'hyperplasie concentrique de l'utérus et dans les hémorrhagies incoercibles en rapport avec la ménopause, qui ne sont pas de nature ovarienne.

(*Rev. gén. de méd., de clin. et d'obst.*)



11. — Drainage de l'utérus. — M. Fournier a présenté à la Société médicale d'Amiens un tube intra-utérin en caoutchouc durci, plus commode à employer que le drain ordinaire avec lequel on pratique le tubage de l'utérus.

Sa forme est celle d'un tube à concavité antérieure répondant à la courbure utérine. Il est percé de trous larges sur ses parois pour que les liquides injectés dedans baignent les parois utérines. Son extrémité la plus mince porte un large orifice, son extrémité opposée qui

sort du col utérin porte une rondelle ou un plateau épais, du diamètre d'une pièce de 5 francs qui maintient le tube suffisamment en place. Ce plateau lui-même présente une échancrure pour laisser la pince tire-balle qui saisit la lèvre antérieure du col au moment de l'introduction ; les petits trous percés dans ce plateau permettent l'écoulement des sécrétions qui pourraient s'accumuler derrière lui.

Ainsi, d'une part, le drainage est parfaitement assuré ; les injections faciles à faire avec la sonde de Mathieu, introduite dans le tube qui a un calibre de 1 à 1 centim. 1/2 ; d'autre part, la rigidité du tube n'est pas aussi grande que celle d'un tube en verre (qui pourrait se casser), elle est suffisante pour que l'introduction se fasse facilement sans pince spéciale ; enfin le plateau permet que le tube reste en place dans la cavité de l'utérus.

Nous avons entre les mains le drain de M. Fournier ; ce drain est d'un diamètre trop comsidérable pour être d'une introduction facile dans la plus grande majorité des cas ; même après une large dilatation artificielle du canal cervical il est absolument impossible à maintenir en place dans des utérus de multipares, et même chez les multipares dont l'utérus n'est pas resté exceptionnellement volumineux, nous n'oserions pas en conseiller l'usage.

Le drain en crin de Florence du Dr Chéron est, dans tous le cas, d'une introduction facile ; il est toujours bien toléré, si l'on prend les précautions indiquées par l'auteur, et il assure un drainage de l'utérus aussi complet qu'on peut l'obtenir avec les tubes préconisés dans ces derniers temps.

(N. D. L. R.)



12. — Traitement de la vulvo-vaginite par le permanganate de potasse. — Depuis plusieurs mois, M. le Dr Monod (de Bordeaux) a mis à l'essai avec succès ce traitement dont M. Janet s'est fait l'avocat contre la vaginite blennorrhagique.

Ces lavages atténuent avantageusement les vulvo-vaginites infantiles, même dans les cas rebelles aux autres méthodes thérapeutiques, en modifiant vraisemblablement le terrain de culture favorable au gonocoque.

Quelles sont les conditions dans lesquelles on doit en faire usage ?

D'abord, quand il y a libre accès dans le vagin, car ce traitement serait insuffisant comme tout autre (Rocaz) si le liquide parasiticide

agissait seulement sur la vulve et non en même temps sur la muqueuse vaginale. Il remplace donc les crayons médicamenteux, dont il n'a point les inconvénients. En voici la technique :

I. *Dans la vulvo-vaginite infantile* on prescrit dans la première séance une solution aqueuse de permanganate de potasse aux quatre millième, suivant le manuel opératoire ainsi formulé :

1° Placer l'enfant sur le bord du lit, les jambes écartées, les cuisses relevées, dans la position du spéculum (Rocaz) ;

2° Introduire dans la fente hyménéale une sonde uréthrale d'homme en caoutchouc mou, communiquant avec un bock d'un litre de contenance et placé à un mètre au-dessus du lit ;

3° Faire passer ainsi en deux fois un litre à un lit re et demi de la solution ;

4° Répéter le lavage le lendemain, puis tous les deux jours ; dans l'intervalle, grands bains.

A la suite de la première irrigation, l'écoulement augmente pour diminuer ensuite après les suivantes et se tarit dans l'espace de quinze jours en moyenne ;

5° Alimentation tonique.

II. *Dans les vulvo-vaginites avec endométrite des adultes*, on complète ces lavages par le pansement de la cavité du col utérin au moyen de badigeonnages :

1° Ces badigeonnages sont pratiqués à l'intérieur de la cavité cervicale et de la cavité vaginale ;

2° A cet effet, promener sur ces muqueuses un tampon d'ouate imbibée d'une solution de permanganate de potasse au millième ;

3° Quand l'orifice utérin n'est point perméable, faire précéder ce pansement par la dilatation préalable.

(*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)



13. — Un cas de suppression de la sécrétion mammaire à la suite de lotions du mamelon avec une solution de chlorhydrate de cocaïne. — M. Guénel dit qu'ayant été appelé pour gerçures du sein auprès d'une de ses accouchées, il avait d'abord fait frictionner le mamelon avec du cognac. Ce traitement n'ayant pas donné de résultats et la douleur continuant à être très intense, il fit faire des lotions à la cocaïne à 1/50. La douleur

disparut, les crevasses guérirent, mais les seins devinrent flasques et la sécrétion lactée disparut. Les lotions alcooliques firent reparaître la fonction mammaire. Ce fait est très intéressant au point de vue pratique, et ce traitement peut être employé dans le cas de gerçures trop douloureuses.

Le docteur Valentin Desarnaux a vu deux fois la cocaïne supprimer la sécrétion mammaire et il l'attribue à ce que ce médicament exerce une grande action sur les vaso-constricteurs.

***

14. — Traitement du prurit vulvaire. (Meisel.)

Bromure de potassium }	ââ 2 gram.
Lupuline }	
Chlorure d'hydrargyre	10 —
Huile d'olive	30 —

M. D. S. — Pour l'usage externe.

N. B. Agiter avant de s'en servir.

(*D. med. Woch.*, 1892, n° 47; *Ther. Mon.*, janv. 1893, p. 48.)



15. — Traitement interne de la leucorrhée. (Lantier.)

Hélénine }	ââ 0,01 centigr.
Inuline }	
Sucre de lait	q.s.

Pour une pilule. De 2 à 4 dans les vingt-quatre heures.

L'inuline n'ayant aucune valeur thérapeutique, on peut la supprimer ou la remplacer par de la poudre de réglisse ou de la conserve de rose.



16.— Traitement de l'eczéma infantile du cuir chevelu. — M. Baumel a adopté et emploie la médication suivante depuis plusieurs années. Elle consiste : 1° à déterger le cuir chevelu des croûtes eczémateuses ; 2° à en assurer la propreté et à faciliter ainsi l'action thérapeutique du topique antiseptique.

1° Couper et maintenir ras les cheveux de l'enfant ;

2° Tous les matins, procéder avec une eau savonneuse et tiède au lavage des croûtes et du cuir chevelu ;

3° Pendant la nuit, application d'une coiffe de taffetas gommé formant enveloppement et favorisant le ramollissement des croûtes, puis leur chute. Cette coiffe doit être maintenue en état de soigneuse propreté ou, mieux, renouvelée chaque jour.

4° Pendant le jour, pratiquer deux onctions sur le cuir chevelu avec la vaseline iodoformée.

Iodoforme..................	1 à 3 grammes
Vaseline....................	30 —

On modifiera la dose d'iodoforme entre ces deux limites extrêmes, et suivant l'âge de l'enfant. (*Rev. gén. de thérap.*)



17.— Solution salicylique pour injections vaginales.

Acide salicylique......................	1 gr.
Alcool à 90°..........................	10 gr.
Eau distillée..........................	100 gr.

On mélange cette solution avec 100 ou 200 parties d'eau bouillie, de façon à obtenir une solution au deux centième ou au trois centième, ou plus étendue, si c'est nécessaire.

Pour les injections vaginales, soit dans les cas de leucorrhée, soit à la suite de l'accouchement, les injections au millième suffisent lorsqu'on emploie une grande quantité de liquide ; mais l'injection au cinq centième est ordinairement préférable. Enfin, c'est la solution au cinq centième que M. Guyon emploie avec succès pour les injections vésicales. (*Gaz. de gyn.*)

FORMULAIRE

—

Traitement du varicocèle de la cloison recto-vaginale compliquant les affections utérines.

(JULES CHÉRON.)

On trouve assez fréquemment, d'après mes observations personnelles, dans le cas d'affection utérine chronique telle que fibro-myome utérin, endométrite chronique avec subinvolution, congestion chro-

nique de l'appareil utéro-ovarien, etc., une variété de varicocèle pelvien non encore décrite, je veux parler du varicocèle de la cloison recto-vaginale.

Dans ce cas, on constate, par le toucher vaginal, le long de la paroi postérieure du vagin, un mamelon longitudinal, large, dur, sensible à la pression, partant de quelques centimètres au-dessus de la vulve pour remonter plus ou moins haut et se perdre dans le cul-de-sac de Douglas. Il s'agit bien de varices de la cloison recto-vaginale, car, dans bien des cas, la coïncidence d'hémorrhoïdes externes vient mettre sur la voie du diagnostic.

Il s'agit d'une affection difficile à guérir, qui récidive facilement, surtout lorsque l'affection utérine entretient la congestion pelvienne. Le foie est souvent congestionné comme dans les autres variétés d'hémorrhoïdes.

Néanmoins, on peut obtenir une guérison complète en employant avec persévérance, les moyens ci-dessous indiqués :

1° Combattre la pléthore abdominale et la congestion pelvienne au moyen du capsicum annuum qu'on emploiera de la façon suivante :

Extrait de capsicum annuum..........	2 grammes.
	en vingt pilules.

Prendre une à deux pilules *au milieu* de chaque repas.

2° Décongestionner l'appareil utéro-ovarien au moyen des scarifications du col, des injections vaginales chaudes, etc.

3° Traiter l'affection utérine par des moyens appropriés.

4° Combattre la névralgie lombo-abdominale symptomatique à l'aide des frictions sédatives, faites, matin et soir, sur la région lombo-sacrée, avec le liniment suivant :

Chloroforme........................	10 grammes.
Ether sulfurique....................	15 grammes.
Alcool camphré.....................	90 grammes.

5° Quant au traitement direct du varicocèle de la cloison recto-vaginale, il consistera surtout en une série de massages de la région : des pressions de bas en haut, lentes et soutenues, sont faites le long de la paroi postérieure du vagin, *après anesthésie locale*, au moyen de l'application, pendant cinq minutes, d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 0/0.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

Traitement du prolapsus de l'utérus.

Le traitement du prolapsus et, en particulier, les indications de l'hystérectomie, dans le prolapsus de l'utérus, ont été l'objet d'une longue discussion à la *Société de Chirurgie* de Paris.

On peut classer ainsi qu'il suit les principaux modes de traitement du prolapsus :

A. Traitement médical : 1° réduction manuelle de l'utérus et maintien de la réduction par les pessaires ; 2° réduction manuelle et maintien de la réduction par le massage et par la gymnastique suédoise.

B. Traitement chirurgical : *a*) renforcer les moyens de suspension, attirer l'utérus et le maintenir en haut et en avant, soit 1° en le suturant à la paroi abdominale (hystéropexie abdominale), soit 2° en raccourcissant les ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander) ; *b*) 1° renforcer les moyens de soutien de l'utérus (colporrhaphie antérieure et postérieure, périnéorrhaphie) ; 2° créer des moyens de soutien artificiels (hystéropexie vaginale, cloisonnement de Lefort) ; *c*) associer ces différents modes de traitement ; *d*) enfin, on a eu l'idée de supprimer purement et simplement l'utérus qu'on avait de la peine à réduire en bonne position, et après insuccès plus ou

moins complet des moyens précédents, on a été conduit à expérimenter l'hystérectomie.

A notre avis, l'*hystérectomie* contre le prolapsus utérin simple et réductible est un abus véritable ; nous écartons, bien entendu, les prolapsus compliqués de tumeurs fibreuses ou de lésions graves des annexes. Pour justifier cette opération, il faudrait démontrer, tout d'abord, que l'hystérectomie est sans aucun danger et que les résultats qu'elle fournit sont infiniment supérieurs à ceux que donne l'ensemble des autres moyens de traitement convenablement employés. Or, si la question de la gravité de l'opération est difficile à apprécier en chiffres, il ressort du moins nettement de la discussion de la *Société de Chirurgie* que les résultats définitifs de l'hystérectomie sont loin d'être toujours satisfaisants. Même les chirurgiens qui ont, pour cette opération, une affection toute particulière, n'osent pas en faire un éloge bien chaleureux, dans le cas actuel ; les autres avouent franchement que l'insuccès plus ou moins complet est la règle quand on fait l'hystérectomie isolément, sans lui adjoindre la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie. La question est donc jugée, dès maintenant; nous renvoyons nos lecteurs, pour la preuve, au compte rendu que nous publions dans une autre partie de ce journal.

Le *cloisonnement de Lefort* ne semble pas non plus avoir donné des résultats très brillants, et il n'y a guère lieu de s'en étonner. Si l'utérus reste en rétroversion légère, c'est-à-dire dans cette position, si favorable au prolapsus, dans laquelle la pression abdominale s'exerce sur le fond de l'organe et tend à le pousser directement à la vulve, la barrière artificielle, créée par le cloisonnement du vagin, risque fort d'être insuffisante et en fait, si le cloisonnement résiste à l'effort de la pression abdominale, le prolapsus du vagin n'en continue pas moins à s'accentuer peu à peu et l'état des malades n'est nullement amélioré.

Nous ne parlerons pas de l'*hystéropexie vaginale* et de la *vagino-fixation* sur lesquelles nous n'avons encore que des données très insuffisantes ; à priori, il est illogique d'essayer de soutenir l'utérus avec un vagin qui n'est pas lui-même solidement soutenu ; or, il est bien rare que le fond du vagin ait conservé sa fixité normale quand l'utérus est en prolapsus.

L'accord se fait de plus en plus au contraire sur l'utilité de la *périnéorrhaphie* et de la *colporrhaphie*. En rétrécissant suffisamment le vagin, on s'oppose à la cystocèle et à la rectocèle qui entrent pour une assez forte part dans les sensations pénibles éprouvées par les malades. En reconstituant un périnée solide, épais, on renforce considérablement le plancher pelvien, on rétrécit à une fente virtuelle l'orifice de la « hernie sacro-pubienne », ainsi que Hart dénomme le prolapsus utérin. En fait, tous les chirurgiens déclarent qu'à mesure qu'ils perfectionnent leur manuel opératoire des colpopérinéorrhaphies, ils sont de plus en plus satisfaits des opérations plastiques sur le vagin et le périnée dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Malgré l'importance qu'il est légitime d'attribuer aux opérations plastiques vagino-périnéales, il y a lieu cependant de ne pas s'en contenter. Supprimer la cystocèle et la rectocèle, c'est déjà beaucoup, mais ce n'est pas guérir le prolapsus de l'utérus. En effet, tant que l'utérus reste constamment en rétroversion légère, la pression abdominale s'exerçant sur le fond de cet organe le pousse de plus en plus vers la vulve en écartant devant lui les deux faces du vagin. Replacer l'utérus en antéversion normale et faire en sorte que l'utérus reste habituellement en antéversion, c'est au contraire mettre à contribution la pression abdominale pour s'opposer à la récidive du prolapsus, ainsi que cela ressort très nettement des importantes recherches de Schultze sur la position normale de l'utérus.

Aussi rien n'est-il plus logique, à ce point de vue, que de compléter la colpopérinéorrhaphie par l'*hystéropexie abdominale* ou par le *raccourcissement des ligaments ronds*. Il faut bien dire que, malheureusement, le raccourcissement des ligaments ronds n'a guère donné de résultats durables, les ligaments ronds ne tardant pas à se laisser allonger de nouveau, du moins dans la grande majorité des cas ; aussi la plupart des opérateurs y ont-ils peu à peu renoncé. Quant à l'*hystéropexie abdominale*, elle offre un inconvénient sérieux ; c'est qu'elle maintient l'utérus fixé dans une position anormale : on ne doit jamais, en effet, perdre de vue cette notion essentielle que l'utérus est, à l'état normal, mobile dans le sens antéro-postérieur, se déplace en arrière à mesure que la vessie se remplit et retombe en avant quand la vessie se vide. L'hystéropexie abdominale crée artificiellement une antéversion (ou mieux une antéposition) fixe, pathologique, susceptible de faire souffrir les malades autant que la déviation contre laquelle l'opération était dirigée (1).

Nous sommes ainsi conduits à chercher, dans le traitement médical, le complément des opérations plastiques vagino-périnéales et nous croyons qu'à ces opérations il est nécessaire d'associer soit la réduction manuelle de l'utérus et le maintien de la réduction par les pessaires, soit la réduction manuelle et le maintien de la réduction par le massage et par la gymnastique suédoise.

Ce sera le sujet de notre prochaine revue, la question demandant trop de développements pour prendre place dans ce numéro.

JULES BATUAUD.

(1) JULES BATUAUD : Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, avril 1892.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS
SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE
et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr P. Bouteil, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite*).

—

Historique (1).

Le curettage n'est entré définitivement dans la pratique gynécologique française que depuis trois ans, à la suite de la discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie (février 1890). Jusqu'alors, le curettage avait toujours été une opération discutée qui avait ses partisans convaincus et ses détracteurs.

Première période (1846-1860). C'est une conquête chirurgicale d'origine française déjà ancienne.

Récamier, en 1846, fit le premier l'ablation de la muqueuse utérine au moyen de la curette mousse qu'il venait d'inventer.

La même année, Robert proclame l'innocuité du curettage et donne une bonne description des fongosités.

Marjolin se déclare partisan de l'opération pour combattre les hémorrhagies utérines rebelles.

Lisfranc parle le premier de l'abaissement en 1847. Il ne se servait point de spéculum, mais « fixait le col au moyen de deux pinces érignes et abaissait ».

Le 6 novembre 1849, Velpeau combat l'abrasion de la muqueuse, opération inutile et redoutable. Deux mois plus tard, P. Dubois fait devant l'Académie, en termes très vifs, le procès du curage.

Récamier (1850) veut défendre son opération et publie dans l'*Union médicale* un mémoire où il parle « des cas d'exploration de la cavité utérine et d'abrasion de productions normales granu-

(1) La bibliographie est bien exposée dans l'excellente thèse de M. Boureau, Paris, 1893.

lées ou fongueuses dans cette cavité par des instruments, sans le concours des doigts, afin d'établir que le cathétérisme utérin est non seulement aussi inoffensif que celui de la vessie, mais qu'il est utile pour certains diagnostics et nécessaire pour le traitement de diverses maladies internes de l'utérus ».

Ce mémoire contenait seize observations d'endométrites fongueuses traitées par le curettage.

Chassaignac, Sappey, Maisonneuve pratiquèrent cette opération. — Nélaton, dans ses « Leçons cliniques », parlant de l'abrasion des fongosités préconisée par Récamier, dit qu'il est constant qu'un grand nombre de femmes en éprouvent un grand soulagement et une guérison complète.

A cette époque paraissent les thèses de Juteau (1850), Babu (1850), de Robinet (1853), de Ferrier (1854), « sur les végétations utérines et leur traitement ». La thèse de Ferrier fut l'objet d'un rapport favorable de A. Richard à la Société de chirurgie (26 janvier 1855). Ce rapport fait naître une discussion très vive, à cause d'un cas de perforation de l'utérus par la curette. Tandis que Richet, Robert, Maisonneuve, Demarquay et Follin défendent la curette et citent plusieurs cas opérés avec succès, Cloquet, Michon, Hervez de Chegoin combattent le raclage. Michon nie l'existence des fongosités.

En 1858, Rouger écrit, sous l'inspiration de Nélaton, une thèse favorable à l'opération de Récamier.

Vers cette même époque (1858-1860), Aran, adversaire redoutable, cherche à triompher, non pas en montrant la pratique de Récamier comme dangereuse, mais en mettant en parallèle l'insuffisance d'action qu'il attribue à la curette et la possibilité de s'en passer en employant d'autres moyens aussi bons. Dans ses « Leçons cliniques », il combat de toutes ses forces l'abrasion de la muqueuse utérine, qu'il considère « comme un moyen dangereux et un tir à la cible les yeux fermés ». Il conclut que « l'abrasion de la muqueuse de l'utérus est une opération qui ne présente pas assez de garanties de certitude dans ses résultats et dans son mode opératoire pour être jamais tentée par un médecin prudent ».

Voici comment Becquerel qualifiait l'abrasion dans son traité des Maladies de l'Utérus : « Le raclement de la surface interne de l'utérus m'a toujours semblé barbare.... Est-il possible de croire qu'un pareil raclement sur une surface enflammée puisse s'opérer sans déterminer une exacerbation plus ou moins notable de l'inflammation et sans que les produits se renouvellent...... Je n'ai jamais moi-même pratiqué cette opération que je regarde comme irrationnelle et cruelle. Tout praticien sage doit s'en abstenir. Nonat qui, dès 1853, avait publié des observations de curage dans la *Gazette des hôpitaux*, recommande encore cette opération dans son « Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes (1860). »

A l'étranger, l'opération de Récamier est peu connue. En Angleterre, Simpson (1850) et Tilt (1853) la pratiquent.

En Allemagne et en Autriche, tous les chirurgiens la raillent ou la blâment.

Deuxième période (1860-1884). — Nous venons de le voir, jusqu'en 1860 le curettage, quoique discuté, était défendu par le plus grand nombre des chirurgiens. A partir de cette époque jusqu'en 1880, ceux qui osent le pratiquer deviennent rares, et cela parce que l'on a toujours à déplorer quelques cas de mort, soit par perforation, soit par péritonite.

En France : De Sinety (1869), Courty (1870), Carpentier-Méricourt (1875), Demarquay (1876), Gallard (1877) préconisent le curage, de préférence contre les hémorrhagies.

Le 1er janvier 1881, M. Chéron publie dans la « *Gazette des Hôpitaux* » une longue observation de curettage sans abaissement, et donne déjà une technique complète de cette opération. Il insiste sur la nécessité de soins pré et post-opératoires : « Je vous le répète avec conviction, écrit-il, l'abrasion des fongosités utérines à l'aide de la curette est une opération à laquelle on enlève toute gravité si on prépare le sujet et si on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques nécessaires. »

A l'étranger : En Allemagne, Simon (1872) fait le curage pour les tumeurs malignes de l'utérus. Hégar, Kaltenbach et surtout Olshausen (1875) traitent les endométrites par le curage. Les

gynécologues des pays de langue allemande suivent cette pratique.

En Angleterre : Tait (1877), Duncan, Playfair (1880) Hart et Barbour.

En Suisse : Rapin et Vulliet.

En Belgique : Walton et Fraipont.

En Italie : Mangiagalli.

En Amérique : Nöggerath, A. Simpson, Lusk, Mundé, Palmer, Harrisson, etc., pratiquent le curage.

Troisième période (1884-1893). — C'est la période de renaissance du curettage. Grâce à l'introduction des méthodes antiseptiques en gynécologie, la méthode de Récamier prend un essor nouveau. En 1884 M. Doléris dépose à l'Académie un pli cacheté sur l'écouvillonnage de l'utérus.

En 1885, M. Adriet soutient une thèse inspirée par M. Terrillon où on trouve les indications du curage: « endométrite chronique végétante ; polype muqueux sous-fibreux ; adénome utérin ; rétention du placenta ; môle utérine ; cancer et sarcome de l'utérus. »

Le 11 mars, et le 8 juillet 1886, M. Doléris proposa à la Société d'obstétrique et de gynécologie de faire le curage de l'utérus, après abaissement, pour avortement avec rétention du placenta. M. Pajot et M. Guéniot s'élevèrent contre la manière de faire de M. Doléris, en particulier contre les tractions de l'abaissement.

Dès 1886, M. Doléris avait déposé sur le bureau de la « Société de gynécologie » un mémoire complet sur l'endométrite et son traitement. Il admettait l'origine infectieuse des métrites et préconisait comme traitement « l'antisepsie générale, la dilatation, les tractions sur le col, le curettage, l'écouvillonnage, le tamponnement antiseptique du vagin. »

Ce mémoire vint en discussion le 13 janvier et le 10 mars 1887.

MM. Martineau, Alph. Guérin et Pajot s'élevèrent contre les théories et la pratique de M. Doléris, mais ne purent empêcher le triomphe définitif du curettage.

M. Pozzi, M. Doléris font écrire par plusieurs de leurs élèves

de bonnes thèses sur le curage (Thèses de Despreaux, de Desmoulins, de Boureau, de Chartier).

M. Trélat expose ses idées dans les thèses de M. Cantin et de Mlle Finkelstein.

Enfin à la « Société de chirurgie » (février et mars 1890), MM. Bouilly, Richelot, Trélat, Terrillon, Terrier, Routier, furent unanimes à en proclamer la grande valeur dans le traitement de l'endométrite et même des affections légères des annexes.

M. Polaillon seul, en exposant sa méthode de cautérisation intra-utérine, avait adressé quelques reproches à l'opération de Récamier.

Pour comprendre comment cette opération si simple, si bénigne, si efficace, avait subi tant de fluctuations avant d'avoir conquis la place qu'elle occupe désormais en gynécologie, il faut se reporter à l'histoire de la chirurgie avant l'avènement des méthodes antiseptiques. Récamier, en effet, avait proposé son opération à une époque « où le petit traumatisme était souvent la source des complications les plus graves. Des accidents apparurent à la suite de l'abrasion de la muqueuse utérine : il y eut de la phlébite, de la péritonite, de l'infection purulente, et le raclage de l'utérus tomba presque dans l'oubli » (Terrillon). Aujourd'hui des statistiques nombreuses sont venues en proclamer les beaux résultats, la technique s'est enrichie d'instruments qui ont simplifié encore le manuel opératoire, les indications en sont devenues plus nettes : ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour remettre en honneur l'opération qu'à un moment on aurait pu croire tombée dans le discrédit le plus absolu.

Avant de parler du curettage, nous croyons utile d'exposer brièvement les divers moyens de dilatation employés en gynécologie.

Dilatation.

La dilatation est un temps du curettage toujours nécessaire. Le canal cervical même, s'il n'est pas fermé, est généralement trop étroit pour laisser passer la curette ou en permettre les manœuvres, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants,

ou chez celles dont le canal est irrégulier, offrant des strictures, de l'atrésie, de la sténose.

La dilatation est parfois une méthode de choix ; elle est alors pratiquée dans le but spécial d'agir sur les parois de l'utérus et sur les trompes, pour permettre de vider certaines collections purulentes. Il faut qu'elle soit prolongée pendant plusieurs jours et poussée aussi loin que possible.

La dilatation est inutile lorsqu'on fait un curettage pour combattre une septicémie puerpérale ou pour arrêter une hémorrhagie survenue à la suite d'un accouchement ou d'un avortement. L'utérus est suffisamment souple et dilaté pour rendre superflue toute dilatation artificielle.

Il y a trois grandes méthodes de dilatation :

1° la méthode lente ;

2° la méthode immédiate progressive ;

3° la méthode rapide, extemporanée, sanglante ou non sanglante.

Dilatation lente : Elle se fait au moyen de la laminaire ou de l'éponge préparée. Cette méthode est basée sur la propriété qu'ont ces corps de se gonfler en s'imbibant d'humidité.

L'éponge a l'inconvénient de n'être pas toujours aseptique, de pénétrer dans les plis de l'arbre de vie et d'adhérer promptement à la muqueuse.

La laminaire, conservée dans l'éther iodoformé, est assez fréquemment employée. A cause de la tonicité de l'orifice interne du col, elle peut subir au niveau de cet orifice un étranglement en sablier. Comme c'est avant tout l'isthme qu'il s'agit de dilater, l'effet cherché est totalement manqué. On a reproché à la laminaire d'être septique et d'être expulsée facilement.

Si la dilatation lente a l'avantage de ramollir le tissu utérin et de bien étaler l'endomètre, elle a l'inconvénient d'être douloureuse, de constituer une perte de temps pour le médecin, un ennui de plus pour la malade. Elle ne sera indiquée que lorsque l'on aura affaire à un utérus à col rigide dans toute sa hauteur, à orifice externe sténosé. Si l'on pouvait craindre des déchirures probables par une dilatation métallique trop rapide, on se servi-

rait de la laminaire pour préparer la voie aux dilatateurs métalliques.

La durée du séjour des tentes dilatatrices dans l'utérus est de douze heures. Pour l'introduire on prend la tente avec une pince à pansement, et on la pousse avec douceur dans le col. On met un tampon antiseptique dans le vagin pour la maintenir.

Dilatation immédiate progressive : Elle se fait au moyen des bougies. Il en existe plusieurs modèles : celles de Preasley, de Hanks, de Tait. Les plus employées en France, ce sont celles de Hégar (de Fribourg), en caoutchouc durci, en verre ou en métal.

Ce sont des tiges lisses, pleines, présentant une légère courbure et à extrémité conique et arrondie. La longueur de la bougie est de 14 centimètres ; le premier numéro de la série a 0,002 mm. de diamètre, le dernier 0,026 mm.

C'est un bon moyen de dilatation.

Dilation rapide extemporanée par divulsion : On la fait au moyen d'instruments métalliques, tous en forme de pince ou de spéculum bivalves et dont le mécanisme fondamental est le même : écartement des branches par pression exercée sur le manche. Les uns sont à deux branches, tels que ceux de Pajot, de Doléris, d'Ellinger, de Schultze, de Chéron, de Batuaud ; — les autres sont à trois branches, tels sont ceux de Huguier, Sims, Scanzoni ; — d'autres sont en forme de spéculum, exemple ceux de Lasnenant-Deschenais, Mathieu, etc.

On (1) réalise facilement et rapidement une dilatation aussi large qu'on le désire en utilisant successivement le dilatateur transversal à deux branches du Dr Chéron et le dilatateur antéro-postérieur du Dr Batuaud construit sur le même principe.

Ces dilatateurs (fig. 1) sont formés de deux branches lisses dont l'écartement se fait dans le sens transversal pour l'un, dans le sens antéro-postérieur pour l'autre. On produit cet écartement grâce à la manœuvre d'un écrou mobile sur une vis de rappel,

(1) Voir la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (juin 1893). Les clichés nous ont été obligeamment prêtés par la maison Chazal-Dubois.

réunissant les extrémités postérieures des deux branches de l'instrument.



Le modèle de l'application la plus courante possède la double courbure du cathéter de Bozeman et Fritch, c'est-à-dire que la flèche de la courbure antérieure, ainsi que celle de la courbure postérieure est de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres. L'expérience a montré que c'est la courbure la plus commode pour introduire des instruments dans la cavité utérine, sans abaisser l'utérus. Ce dilatateur a une longueur totale de 26 centimètres ; l'articulation doit être placée plus près de la partie antérieure que de la vis d'écartement, à 16 centimètres de cette dernière environ.

Ces dilatateurs sont de précieux instruments, soit pour faire une dilatation rapide, soit pour déplisser les angles de flexion du corps sur le col de l'utérus. L'introduction en est facile, rapide et non douloureuse, elle ne nécessite jamais une dilatation préalable. Ils sont assez forts pour vaincre la résistance du tissu utérin ; ils donnent une dilatation régulière et ne laissent pas après eux de déchirures pouvant amener des épanchements. Ils se démontent et se nettoient facilement. Il faut cinq minutes pour avoir une dilatation suffisante. C'est à eux que nous donnons personnellement la préférence.

Dilatation rapide sanglante ou par discision : Cette dilatation, dont on n'a jamais besoin pour faire le curettage, comprend deux degrés :

1° Le débridement de l'orifice externe du col ;

2° L'incision bilatérale totale du museau de tanche.

Les instruments tranchants mis en usage sont : le métrotome, les ciseaux de Kuchenmeister.

Nous dirons comme conclusion du rapide exposé des moyens de dilatation que nous venons de faire : que la dilatation métallique au moyen des dilatateurs Chéron-Batuaud répond à la grande majorité des cas ; qu'elle est suffisante pour le curettage ; qu'elle présente des garanties d'asepsie qui nous la font préférer à toutes les autres méthodes ;

2° Que la dilatation prolongée sera indiquée chez « certaines nullipares à trajet cervical étroit, à musculature utérine puissante, à orifice interne douloureux et spasmodiquement contracté, à antéflexion concomitante très marquée ».

3° Que, dans quelques cas spéciaux, les méthodes devront être associées et combinées entre elles pour mener à bien la dilatation.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre. — Présidence de M. Laboulbène.

DES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE AVEC MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Laborde relate cinq nouveaux cas de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue chez des nouveau-nés en état d'asphyxie et de mort apparente.

M. Lancereaux. — Je désirerais savoir dans quelles circonstances le procédé des tractions rythmées de la langue, imaginé par M. Laborde, réussit.

J'admets parfaitement l'efficacité de ce procédé dans les cas de

mort apparente dus à un arrêt brusque de la respiration, mais je ne suis pas aussi sûr qu'il réussisse dans les cas de mort apparente par arrêt brusque du cœur.

M. Laborde. — Le « procédé de la langue » réussit dans tous les cas d'asphyxie consécutive à un arrêt primitif ou secondaire de la respiration. Dans tous les faits de mort apparente, en effet, il y a une période latente pendant laquelle l'excitabilité du bulbe persiste. Mon procédé de rappel à la vie a pour but de réveiller cette excitabilité bulbaire et c'est là ce qui constitue sa supériorité sur les autres procédés généralement usités, tels que la flagellation, l'insufflation, la respiration artificielle, etc.

M. Lancereaux. — Il semble résulter de ce que vient de dire M. Laborde que son procédé est également efficace dans les cas d'asphyxie par arrêt respiratoire ou par arrêt cardiaque ; je ne le conteste pas ; cependant, je crois qu'à côté de ce procédé on peut avoir recours à un autre moyen qui m'a rendu parfois de réels services : je veux parler de l'emploi de la morphine dans certains cas de mort apparente. Chez un enfant qui, après des convulsions violentes, était en état de mort apparente, j'injectai successivement sous la peau jusqu'à 0 gr. 013 milligr. de morphine ; les convulsions, qui augmentèrent d'abord, cessèrent définitivement ; la respiration s'établit et l'enfant s'endormit. Je suppose que chez cet enfant, dont les centres nerveux étaient sains, l'injection de morphine avait fait disparaître l'acte réflexe qui, agissant sur le bulbe, avait déterminé un arrêt de la respiration.

M. Pinard. — Le procédé de la langue a sur l'insufflation l'avantage de pouvoir être pratiqué plus facilement et même par des mains inexpérimentées. J'avouerai toutefois que, dans trois cas où je l'ai employé, j'ai eu trois insuccès. Les tractions rythmées avaient été pratiquées seize fois par minute et à l'autopsie je n'ai pas pu trouver la raison de cet insuccès. Il faut, pour pouvoir ranimer un enfant, que les mouvements vermiculaires du diaphragme existent encore, et je crois que, tout en employant le procédé de M. Laborde, il ne faut abandonner aucune des autres méthodes.

M. Laborde. — Combien de temps s'était-il écoulé, dans les cas où M. Pinard a échoué, entre le moment de la mort apparente et celui où le procédé a été employé ?

M. Pinard. — Dans un des trois cas dont j'ai parlé, les tractions

rythmées ont été pratiquées avant l'insufflation. Dans les deux autres, il ne s'était pas écoulé un quart d'heure après la naissance de l'enfant.

M. Laborde. — Parmi les cas de rappel à la vie que j'ai communiqués, il en est plusieurs dans lesquels la mort apparente existait depuis beaucoup plus longtemps ; je suis donc surpris des échecs de M. Pinard. Dans un cas même, il s'était écoulé cinq quarts d'heure depuis la naissance de l'enfant. Quoi qu'il en soit, on compte actuellement *64 observations de rappel à la vie* par les tractions de la langue, et ce chiffre mérite, je crois, d'être pris en considération.

M. Lancereaux. — J'ai également réussi à rappeler à la vie, au moyen d'une piqûre de morphine, un malade, atteint de cancer du larynx, auquel on venait de pratiquer la trachéotomie et qui était en état d'asphyxie et de mort apparente. Je crois donc que ce procédé doit prendre place à côté de celui de M. Laborde.

(*La Sem. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1893.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE CHEZ LES FEMMES VERS LA MÉNOPAUSE.

M. Quénu fait un rapport sur deux observations de M. Lejars. Dans l'une on fut forcé, à cause d'une cystocèle survenue quinze jours après l'hystérectomie, de parfaire l'intervention par une colporrhaphe antérieure.

Si l'on relève les interventions publiées antérieurement, on peut reconnaître qu'il y a plus d'un siècle qu'on a proposé et plus de trente ans qu'on a tenté d'intervenir par l'hystérectomie vaginale totale pour remédier au prolapsus utérin. Mais la première réellement faite de parti pris fut celle de Richelot. Depuis, les travaux se sont multipliés et certainement tous les chirurgiens qui ont exécuté l'opération d'hystérectomie pour prolapsus n'ont pas cru utile de publier leurs observations.

En Allemagne et en Amérique, les auteurs semblent admettre

la légitimité opératoire. En France, sauf Pozzi, on défendait surtout l'hystéropexie. Je crois que l'opération ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant dépassé ou atteint l'âge de la ménopause. A égalité de risques, l'hystérectomie est plus efficace que toute autre opération. Tous les moyens de thérapeutique, fixation ou restauration du périnée ou du vagin, sont bien reconnus comme insuffisants.

Il est incontestable que tous les prolapsus ne se ressemblent pas. Les cas de récidive après hystérectomie prouvent que le poids utérin ne joue qu'un rôle accessoire.

Les opérations de restauration et d'anaplastie ne répondent pas aux indications fournies par le prolapsus.

L'hystérectomie est moins grave que la ventrofixation qui, elle, ne donne que des résultats incomplets dans nombre de cas et, de plus, fait aux femmes âgées courir des risques sérieux ; la laparotomie chez elles laisse toujours place à un aléa.

Dans les cinq observations que je possède, les résultats ont été favorables : dans deux cas, on dut faire une colporrhaphie double et une périnéorrhaphie. Chez deux malades a persisté une saillie légère de la colonne antérieure.

L'objectif du traitement peut être réduit à trois points : diminuer le poids de l'organe prolabé, ce que par l'hystérectomie on obtient mieux qu'avec toute autre opération. Restaurer les moyens de soutien vaginaux, ce qui se fera par le manuel opératoire modifié de l'hystérectomie, de façon à ce qu'ayant enlevé l'utérus par deux moitiés successives, on puisse suturer verticalement les deux bords internes des ligaments larges sectionnés, puis suture complète du vagin qui adhère au pédicule ; la rétraction cicatricielle ne pourra que remonter le vagin. Vingt-huit à trente jours après l'opération on a toujours constaté cette élévation du vagin, ce qui constitue le troisième desideratum à réaliser.

On peut avoir quelque difficulté à décoller la vessie ; dans ce cas il sera plus prudent de cheminer en avant, dans l'épaisseur même de l'utérus.

De là, je conclurai à la plus grande bénignité, à la plus grande efficacité de l'hystérectomie vaginale, surtout si on y ajoute une colporrhaphie et une périnéorrhaphie immédiates.

(*La France méd.*)

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN.

Séance du 10 janvier 1894.

(Suite de la discussion.)

M. SCHWARTZ. — Je n'ai fait qu'une hystérectomie totale pour prolapsus utérin, et il y a de cela trois mois seulement. Je ne veux donc pas vous entretenir des résultats, mais seulement de l'opération en elle-même. On dit cette opération très bénigne. Cependant elle fut, dans mon cas, très compliquée du fait d'hémorrhagie profuse. Chez toutes les malades que j'ai eu occasion de traiter pour prolapsus utérin j'obtins de bons résultats des opérations habituelles : périnéorrhaphie, colporrhaphie, etc. Mais chez le sujet de cette observation, une femme de 53 ans, ayant déjà subi une colpopérinéorrhaphie sans résultats, je trouvai une cavité utérine de 17 centimètres de profondeur et au fond de l'utérus de petites tumeurs que je préjugeai être des fibromes. Je me décidai pour l'hystérectomie. La muqueuse vaginale, lors de l'incision, donna lieu à une hémorrhagie abondante. Je liai les utérines dont le volume était égal à celui de deux humérales. Le segment sus-vaginal du col était hypertrophié et présentait de 7 à 8 centimètres. L'utérus était adhérent intimement en avant avec la vessie, sur son pourtour avec le péritoine. Le décollement fut difficile et je dus placer 19 pinces dont 15 furent remplacées par des ligatures. Le résultat immédiat fut bon. Je suis prêt, pour ma part, à essayer, dans des cas où elle me semblera indiquée, l'opération de M. Quénu, mais je la compléterai volontiers par une colpopérinéorraphie.

M. ROUTIER. — Je fis deux fois, à quelques mois d'intervalle, en 1888 et 1889, l'hystérectomie totale pour prolapsus. Mes deux opérées avaient cessé d'être réglées et la première avait déjà subi plusieurs opérations. Elle présente, quinze mois après son opération, quand elle tousse, une légère saillie qui ne dépasse pas la vulve. Mais ayant appris à faire mieux les colpopérinéorrhaphies antérieures et postérieures, j'ai abandonné l'hystérectomie.

M. RECLUS. — J'ai à mon actif trois opérations d'hystérectomie, la première datant de mars 1892. Je l'opérai parce qu'elle présentait un état cachectique très accentué. Le résultat immédiat fut excellent. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, elle prit froid et mourut avec des phénomènes cardio-pulmonaires. Ma seconde

et ma troisième observation sont calquées l'une sur l'autre. Il s'agit de femmes âgées de 59 et 52 ans ; toutes deux ayant dépassé l'âge critique. L'hystérectomie sembla donner de bons résultats, mais, quelques jours après, elles présentaient une cystocèle et une rectocèle qui me déterminèrent à faire une colpopérinéorrhaphie. Le résultat fut cette fois excellent. Je remarquai également l'importance des hémorrhagies au cours de cette opération, mais elles me semblent plus qu'ailleurs faciles à arrêter. Je suis tout disposé à essayer le procédé de M. Quénu. Je me demande si le mince plafond qui en résulte est suffisant. Je crois que la colpopérinéorrhaphie doit souvent compléter l'opération et même qu'elle répondrait seule à la majorité des cas.

Je résumerai les indications de l'hystérectomie de la façon suivante : on ne doit faire cette opération que sur des sujets ayant dépassé la ménopause et encore la colpopérinéorrhaphie doit être l'acte principal du traitement, l'hystérectomie n'étant que secondaire. Je laisse de côté les dégénérescences de l'utérus, les altérations annexielles qui sont des indications suffisantes en dehors du prolapsus.

(*Gazette méd. de Paris.*)

L'HYSTÉRECTOMIE DANS LE PROLAPSUS UTÉRIN.

Séance du 24 janvier 1894.

M. Le Dentu. — Je puis apporter deux faits à l'appui de ce qui a été dit dans les séances précédentes, relativement à l'insuffisance de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin lorsqu'on ne lui associe pas d'autres opérations complémentaires.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans, qui, indépendamment d'un prolapsus utérin très accentué, avec cystocèle et rectocèle, présentait des lésions annexielles bilatérales. En présence de cet ensemble de lésions, qui auraient nécessité des opérations multiples, je me décidai à pratiquer une hystérectomie totale. Malgré les précautions que je pris pour ne pas blesser la vessie, celle-ci fut ouverte au cours de l'opération ; il en résulta une fistule vésico-vaginale qui n'exigea pas moins de trois opérations successives. A part cet accident, les suites

opératoires furent satisfaisantes. Quant aux suites éloignées, elles n'ont pas été ce que j'avais pu espérer ; quelque temps après mon intervention, le hasard, en effet, ramenait cette malade dans mon service, et je pouvais constater l'existence d'une cystocèle et d'une rectocèle, qui certainement ont dû continuer à s'accuser de plus en plus. Il est à remarquer que, dans ce cas, cependant, la fistule accidentelle qui avait été le résultat de mon intervention avait donné lieu à la production d'adhérences qui auraient dû s'opposer en partie à la chute du vagin.

Ma deuxième observation est celle d'une femme âgée de cinquante-deux ans, chez laquelle l'utérus, prolabé entre une cystocèle et une rectocèle très accentuées, était en outre fibromateux et donnait lieu à des hémorrhagies rebelles qui créaient à elles seules une indication opératoire des plus nettes. Je fis également une hystérectomie totale et, à la suite de l'intervention, la malade eut de l'incontinence d'urine et une incontinence stercorale que j'eus de la peine à maitriser ; cette femme avait d'ailleurs perdu une assez grande quantité de sang au cours de l'intervention, et pendant quelques jours elle resta plongée dans une sorte de collapsus qui nous donna de vives inquiétudes. Elle se remit toutefois de l'opération, sans être pour cela guérie de son prolapsus d'une façon définitive, car je l'ai revue depuis, et j'ai pu m'assurer que la cicatrice vaginale faisait déjà saillie à la vulve et qu'il y avait une chute notable des parois vaginales antérieure et postérieure.

J'ai eu l'occasion de comparer ces deux faits à deux autres cas dans lesquels j'avais fait non plus une hystérectomie totale, mais une amputation sus-vaginale du col, pour un allongement hypertrophique considérable de la portion cervicale de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle. Ces deux dernières opérées sont actuellement dans les mêmes conditions que celles qui ont subi une hystérectomie totale, sans avoir toutefois couru le même danger opératoire ; chez toutes deux, en effet, il existe un renversement du vagin, le corps utérin faisant saillie à la vulve, comme la cicatrice vaginale chez les deux hystérectomisées.

Je suis amené à conclure que l'hystérectomie totale appliquée au traitement du prolapsus utérin ne garantit nullement les opérées contre une récidive, qui peut se produire dans un délai de quelques semaines ; cette opération, qui est d'ailleurs loin d'être

aussi inoffensive qu'on veut bien le dire, est absolument contre-indiquée avant la ménopause, ainsi que dans les cas où il n'existe ni lésions annexielles bilatérales ni néoplasie fibromyomateuse de l'utérus. A mon avis, le véritable traitement du prolapsus utérin consiste en une série graduée d'opérations qui commence par l'amputation du col et se termine par les opérations autoplastiques consistant à rétrécir le vagin et à restaurer le périnée.

M. Reynier. — Dans le traitement du prolapsus utérin, j'ai depuis longtemps renoncé aux pessaires, et à moins de contre-indications tirées du grand âge des malades ou de leur état de santé, je suis, d'une façon générale, tout disposé à intervenir chirurgicalement chaque fois qu'il s'agit d'un prolapsus complet, laissant de côté, dans la question qui m'occupe en ce moment, les cas de cystocèle et de rectocèle sans chute de l'utérus.

Le traitement chirurgical du prolapsus complet me paraît devoir être réduit à deux opérations, qui sont : l'hystéropexie, applicable aux femmes jeunes, et l'hystérectomie vaginale totale, applicable à celles qui ont dépassé la ménopause. Or, quelle que soit celle de ces deux opérations à laquelle on ait eu recours, ma pratique personnelle m'a montré qu'elle est toujours insuffisante si on ne lui a pas associé une colporrhaphie.

Avant 1888, j'ai essayé deux fois de maintenir l'utérus prolabé au moyen de l'opération d'Alexander et, dans les deux, cette opération a été suivie de récidive. Deux fois également j'ai fait le cloisonnement du vagin et le résultat n'a guère été satisfaisant.

J'ai enfin, d'autre part, pratiqué 4 hystéropexies et 8 hystérectomies vaginales pour prolapsus utérin, et ces 12 opérations m'ont donné 12 succès opératoires.

Trois fois j'ai fait l'hystérectomie vaginale sans laisser de pinces à demeure et en employant les ligatures à la soie ; j'ai cependant renoncé à ce procédé, malgré la facilité de son application, parce qu'il me paraît ne mettre qu'insuffisamment l'opérée à l'abri d'une hémorrhagie. L'emploi des pinces, loin d'être déplorable, comme l'a dit M. Quénu, me paraît, à ce point de vue, très recommandable, et, sur ce point, je me range donc entièrement du côté de M. Segond ; ce n'est pas, toutefois, que je condamne l'opération proposée par M. Quénu, ne l'ayant jamais pratiquée et me proposant au contraire de l'expérimenter lorsque l'occasion s'en présentera.

Au point de vue des résultats éloignés de l'hystérectomie appliquée au traitement du prolapsus utérin, je dois dire que, dans mes deux premiers cas, j'ai fait cette opération sans la faire suivre d'une colporrhaphie, et que les deux malades me sont revenues avec une récidive ayant nécessité une colpopérinéorrhaphie accompagnée, chez l'une d'elles, d'une élytrorrhaphie antérieure. Aussi ai-je pris l'habitude en pareil cas de faire une colporrhaphie complémentaire vingt-cinq jours après l'hystérectomie.

Je puis en dire autant pour l'hystéropexie, que j'ai exécutée, dans mon premier cas, sans colporrhaphie ; il en résulta que ma malade continua à souffrir de malaises causés par la cystocèle et la rectocèle, et que je dus ultérieurement compléter mon intervention par une colporrhaphie. Dans les trois cas, j'ai fait successivement, en même séance, l'hystéropexie et la colporrhaphie.

Lorsque nous étudions la pathogénie des lésions dont le traitement nous occupe en ce moment, nous en concluons nécessairement à la nécessité de l'asssociation des opérations dont je viens de parler. Les travaux de Siredey et de Trélat, de MM. Duplay et Chaput nous ont montré, en effet, le rôle que joue la faiblesse des fibres musculaires du releveur dans la pathogénie des prolapsus génitaux, et je dois rappeler, à ce propos, l'observation de MM. Duplay et Chaput, dans laquelle on a pu constater, à l'autopsie, la disparition presque totale de ce muscle. Il y a donc lieu de remédier, d'une part, à l'insuffisance de l'appareil périnéo-vulvaire, et, d'autre part, à celle des moyens de suspension parmi lesquels le releveur a une importance considérable ; par conséquent, toute opération qui se bornera à remplir l'une de ces deux indications seulement sera fatalement insuffisante.

(*La Semaine méd.*)

Suite de la discussion sur le TRAITEMENT DU PROLAPSUS PELVIEN.

Séance du 31 janvier 1894.

M. Bouilly. — Je m'excuse presque de venir prolonger le débat, et de donner mon avis sur le traitement du prolapsus pelvien après tous ceux de mes collègues qui ont pour ainsi dire épuisé la discussion. Je viens seulement vous apporter les résul-

tats de ma pratique personnelle, non pas sur l'hystérectomie, car je ne l'ai faite qu'une fois et par surprise. Il s'agissait d'une vieille femme, chez laquelle un examen incomplet m'avait fait croire à une hypertrophie sus-vaginale très considérable. Je décidai de lui appliquer l'opération d'Huguier avec colpopérinéorrhaphie. J'incisai sans le vouloir le cul-de-sac postérieur du vagin et fus surpris de trouver un utérus petit. Je pratiquai alors l'hystérectomie totale avec une facilité extrême. Voilà ma seule hystérectomie totale pour prolapsus. Je ne puis donc avoir d'expérience sur ce mode de traitement.

En revanche, j'ai la conviction que les opérations réparatrices s'adressant au col et au vagin, bien combinées et bien exécutées, sont parfaitement suffisantes.

Les cas où la descente pelvienne s'accompagne de fibromes, de lésions annexielles, doivent être écartés de la discussion, car dans ces cas, ce n'est pas au prolapsus qu'on a l'intention de s'adresser par l'intervention, mais à l'affection principale : la question est donc tout autre que dans les prolapsus simples.

Dans les cas ordinaires, le grand premier rôle dans la chute est dévolu aux parois vaginales et la preuve nous en est fournie par les excellents résultats des colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies bien exécutées et précoces.

Lorsque j'ai affaire à cette variété, où domine l'allongement hypertrophique vaginal ou sus-vaginal du col, avec ou sans prolapsus du vagin, je m'adresse aux amputations du col suivies de colpopérinéorrhaphie. Je le répète, les résultats sont satisfaisants si l'exécution est bonne. Pour ma part, j'ai fait 160 fois les colporrhaphies simples ou diversement combinées et mes résultats sont évidemment bien supérieurs, à mesure que je perfectionne mon mode opératoire.

Je formulerais volontiers mon opinion en ces deux termes : rétrécir et fermer : rétrécir au point de mettre en contact les parois postérieure et antérieure du vagin ; fermer le plus possible l'orifice vagino-vulvaire. J'ajouterais, si je ne craignais d'abuser, une autre formule : il faut toujours, l'opération finie, sembler avoir trop fait, si on veut avoir fait assez.

Je repousse, de parti pris, les opérations qui s'adressent directement et seulement à l'utérus, hystérectomie, hystéropexie ; ce sont des opérations exceptionnelles, que je regretterais beaucoup

de voir entrer dans la pratique courante, elles restent bonnes pour quelques cas tout exceptionnels, mais dans la majorité des cas, *elles sont* hors de proportion avec l'importance de l'affection à traiter.

M. Pozzi. — Je suis absolument d'accord avec M. Bouilly, pour considérer les opérations s'adressant à l'utérus, comme des interventions exceptionnelles. Mais il y a pour les appliquer des cas exceptionnels. J'ai été surpris de voir, au début de cette discussion, présenter l'hystérectomie pour prolapsus, comme une opération nouvelle ; cependant, depuis quatre ans, le mémoire de Robert Asch a réglé cette opération et l'a faite courante.

Je serai bref sur les indications : l'hystérectomie ne doit être proposée que si l'utérus prolabé ne peut être réuni ou maintenu, réduit d'une façon durable. L'hystérectomie est un élément accessoire du traitement. Elle a pour but de permettre une colpopérinéorrhaphie impossible avec un utérus irréductible. On agit alors avec l'utérus comme avec l'épiploon, dans les hernies difficiles à réduire ; on le supprime, puisqu'il a perdu droit de domicile.

Ces cas se rapportent principalement aux allongements hypertrophiques du col ; en effet, dans ces cas l'utérus est quelquefois réductible momentanément ; le col hypertrophié s'est coudé sous l'effort de la main, mais il sort dès que celle-ci cesse d'agir.

Je suis d'avis de faire l'opération combinée en une seule fois, je fais des ligatures pour ne pas encombrer le vagin de pinces souvent très nombreuses. Fritsch faisait d'abord l'hystérectomie. Pour moi je commence par la colpectomie. Je dissèque un triangle sur chaque paroi vaginale de façon que leur base joigne le col utérin, et suture alors mes deux triangles par deux plans de fils, puis je fais l'hystérectomie : l'utérus extrait entraîne avec lui les deux lambeaux vaginaux, je termine par la colpopérinéorrhaphie.

La création d'une sangle, proposée par M. Quénu, est ingénieuse bien qu'un peu théorique, la nature se chargeant seule d'établir la cicatrisation solide et la suspension vaginale que vise son procédé. Un mot maintenant des contre-indications : elles semblent se réduire à deux, nous avons rarement occasion d'opérer avant la ménopause : ce qu'il faut surtout surveiller, c'est la débilité sénile exagérée et les affections cardio-pulmonaires et rénales. Les trois premières opérations de ce genre que j'ai faites,

restèrent incomplètes et je ne pus faire l'intervention complète en une seule séance.

La dernière opérée, je vous l'ai présentée, il y a quinze jours complètement guérie trois semaines après l'intervention, et vous vous souvenez qu'on sentait au fond du vagin, un noyau très résistant.

M. Picqué. — La consultation du Bureau central m'a fourni l'occasion de voir un grand nombre de femmes âgées, atteintes de prolapsus non opérés ou récidivants. Dans ces cas, le prolapsus est une hernie de faiblesse, contre laquelle l'hystérectomie n'est qu'un palliatif.

D'autre part, l'hystéropexie fait bien adhérer l'utérus à la paroi, mais il se fait un tiraillement qui entraîne utérus et paroi.

L'opération qui me semble préférable dans ces cas, est l'opération d'Alquié-Alexander, avec résection du ligament sur une assez grande longueur.

M. Chaput. — Il y a lieu d'établir des degrés dans le prolapsus. Les types peu accentués seraient justiciables de l'amputation du col.

L'hystéropexie s'adresse à des formes plus graves.

L'hystérectomie est trop grave pour être un traitement de choix ; l'amputation du col avec colpectomie et colpopérinéorrhaphie me semble remplir les indications.

M. Després. — Toutes ces opérations sont insuffisantes et toutes échouent. Je leur préfère, sauf les cas d'irréductibité, la ceinture abdominable de Récamier avec pelote périnéale.

R. Marmasse.

(*Gazette méd. de Paris.*)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (*suite et fin*).

Séance du 7 février.

M. Monod. — Il ne m'a été donné de faire l'hystérectomie qu'une seule fois dans le cas de prolapsus ; voici dans quelles circonstances : Une femme de cinquante-deux ans, d'un tempérament assez nerveux, portait, depuis deux années, un prolapsus qui s'était compliqué d'une paralysie incomplète sans altération de la sensibilité. Dès le lendemain de l'ablation de l'utérus,

mon opérée pouvait imprimer quelques mouvements à ses membres inférieurs et, dans la suite, l'amélioration s'accentua graduellement, au point que cette femme peut actuellement marcher assez facilement, sans toutefois avoir recouvré la vigueur du temps passé. Je ferai remarquer que, en ce qui concerne l'opération, il s'est produit, au bout de quarante-huit heures, une hémorrhagie d'une certaine abondance et que les accidents de paralysie me paraissent être d'ordre réflexe, comme divers auteurs, Romberg en particulier, ont eu l'occasion d'en rapporter quelques exemples.

M. Marchand. — Depuis l'année 1881, j'ai eu à traiter environ 80 cas de prolapsus offrant des degrés divers, mais ne constituant, en réalité, qu'une infirmité ne donnant lieu à aucun accident de quelque importance. Dans tous les cas, je n'ai eu recours qu'à des autoplasties portant sur le périnée et sur le vagin, en y ajoutant, suivant la nécessité, l'amputation du col : or, sur 240 interventions, dont aucune n'a été suivie de mortalité, je n'ai pas eu à noter d'insuccès réel. Toutes mes malades ont bénéficié du traitement au point de pouvoir reprendre leurs occupations antérieures ; j'estime donc que, contre le prolapsus génital non compliqué, les colpo-périnéorraphies constituent les méthodes thérapeutiques de choix, et que l'extirpation de l'utérus, dont on ne peut méconnaître la gravité, ne doit être qu'exceptionnellement appliquée.

M. Championnière. — Dans cette discussion, qui vient d'occuper plusieurs séances, on a abordé diverses questions complexes, sur lesquelles je ne veux pas revenir ; je tiens toutefois à spécifier que je ne suis pas élevé d'une façon absolue contre toute opération. Je crois, au contraire, à l'encontre de M. Desprès, qu'il est nécessaire de rechercher quelles sont celles qui peuvent être profitables et qu'ainsi on arrivera à soulager un grand nombre de ces malades.

M. Quénu. — En ajoutant aux quatorze observations d'hystérectomies que j'avais relevées dans ma communication, les quarante-deux faits que nos collègues viennent de nous rapporter et deux nouvelles opérations semblables citées récemment par M. Hartmann, on arrive à un total de cinquante-huit hystérectomies vaginales faites en France contre le prolapsus utérin. De la discussion qui s'est élevée à ce sujet, il ressort nettement que la

majorité des orateurs regardent cette intervention comme étant applicable dans certains cas. Je ne dois pas omettre, toutefois, que quelques-uns de nos collègues restent sceptiques à son égard et que plusieurs autres s'en déclarent les adversaires.

On aurait assurément tort de la préconiser quand même ; aussi ai-je eu soin de spécifier qu'il ne faut pas la généraliser et qu'elle ne doit être qu'une opération d'exception. Nous sommes d'ailleurs tous d'accord pour admettre que les autoplasties vaginales répondent bien à la plupart des cas et, sauf la voix de M. Després, aucune ne s'est élevée pour protester contre cette manière de faire.

Cependant il n'en faut pas moins reconnaître que, quelque bien conduites que soient ces interventions, elles ne s'opposent pas à une récidive. C'est alors qu'il faut en particulier songer à l'hystérectomie, dont les suites ne sont pas autant à redouter qu'on l'a dit.

Pour éviter les hémorrhagies qui peuvent la compliquer, je crois qu'il vaut mieux faire des ligatures et renoncer à l'emploi des pinces à demeure ; et si l'on prend soin de réunir, comme je l'ai proposé, les ligaments larges, on façonne ainsi un plancher qui n'est pas aussi mince que le prétend M. Reclus et qui est rendu plus solide par le fait de la réunion primitive que l'on obtient.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

—

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES INFLAMMATIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Séance du 16 décembre 1893.— Présidence de M. Virchow.

M. Arendt. — J'ai pratiqué vingt-sept salpingo-oophorectomies sans perdre une seule malade. Deux cependant sont mortes, dont l'une de tuberculose, très longtemps après l'intervention ; l'autre était également guérie de son opération lorsqu'elle succomba à une maladie intercurrente.

L'âge de mes opérées variait de vingt-trois à quarante-trois ans. Plusieurs d'entre elles étaient certainement déjà malades au moment de leur mariage.

On a dit que les salpingites, les ovarites et les tumeurs qui leur succèdent étaient le résultat d'une infection gonococcique ; cela

peut être vrai dans quelques cas, mais non dans tous. Ce qui est incontestable, c'est que l'étiologie de ces accidents est très obscure.

Leur symptomatologie est également très variable. La plupart des auteurs soutiennent que les inflammations des annexes de l'utérus sont toujours bilatérales. Cela est possible, mais avec cette restriction que souvent l'une des deux tumeurs est tellement petite qu'elle échappe à la palpation.

Le volume de ces tumeurs est, du reste, le plus souvent inférieur à celui qu'indique la palpation ; leur siège n'a rien de fixe. Quant à leur contenu, la ponction exploratrice seule peut le déceler. L'existence de plusieurs poussées de péritonite peut faire supposer que leur contenu est purulent.

Il est très difficile, dans certains cas, de différencier une grossesse extra-utérine tubaire d'une simple tumeur de la trompe et, le plus souvent, on ne pourra s'appuyer que sur l'anamnèse pour faire le diagnostic.

Le diagnostic est également très difficile à établir lorsque les tumeurs ne provoquent d'accidents que d'une façon intermittente, par exemple à la suite de fatigues. L'intervention, malgré cela, peut devenir indispensable soit que les douleurs reviennent trop fréquemment, soit qu'on redoute la formation et surtout la rupture d'un abcès.

L'opération n'exige pas une grande incision ; la rupture des adhérences de la tumeur avec les tissus voisins détermine souvent des hémorrhagies assez fortes, dont on peut venir à bout par le tamponnement.

On a renoncé aujourd'hui à peu près complètement à l'usage qui consistait à placer un drain dans le vagin ou le rectum. Je pratique habituellement la suture du sac d'après la méthode de Schrœtter et je panse la plaie à l'iodoforme.

Après l'opération, je n'administre ni morphine ni opium ; suivant l'exemple des médecins anglais et américains, je prescris toutes les trois heures, à partir du second jour, de petites quantités d'eau magnésienne.

Les médecins américains se bornent à isoler la tumeur de l'utérus, puis il font la ventrofixation et abandonnent ensuite la tumeur à elle-même. J'emploie également cette méthode à la condition que la tumeur ait un petit volume et que son contenu ne soit pas purulent.

J'ai pour règle invariable de ne pratiquer l'opération que lorsqu'elle est reconnue possible. L'intervention n'est pourtant pas dangereuse, puisque, d'après une statistique, il n'y a eu que 13 morts sur 216 opérées ; d'après une autre, 6 morts sur 246 opérées, et enfin, d'après une troisième, 1 mort sur 240 opérées.

On a objecté que cette opération avait pour effet d'entraîner la stérilité, mais on oublie que cette stérilité est le fait de la maladie et non celui de l'opération.

L'aménorrhée, il est vrai, est la conséquence nécessaire de l'intervention, mais c'est un inconvénient auquel se résignent facilement les opérées qui ont déjà eu des enfants. Dans le cas contraire, elle peut impressionner les femmes d'une façon fâcheuse ; mais cette aménorrhée précoce se produit souvent aussi en l'absence de toute opération. Cette considération ne doit donc pas arrêter le chirurgien lorsqu'il reconnaît que l'intervention est nécessaire.

FIBROME UTÉRIN AVEC CARCINOME DU PÉRITOINE.

M. PICK relate l'observation d'une femme de quarante ans, chez laquelle on trouva, au cours d'une laparotomie, des tumeurs fibroïdes de l'utérus en même temps que des noyaux carcinomateux vraisemblablement primitifs du péritoine. On extirpa à la fois tumeurs bénignes et tumeurs malignes ; actuellement il ne s'est pas encore produit de récidive.

M. VIRCHOW. — J'ai examiné ces différentes tumeurs et je dois, en effet, reconnaître que les néoplasmes de l'utérus n'avaient aucun rapport avec le carcinome du péritoine. Je suis seulement disposé à croire que ce cancer péritonéal n'est que secondaire et que le cancer primaire qui en a été l'origine se cache quelque part dans les voies digestives. Les alvéoles du tissu carcinomateux du péritoine étaient très étirées, ce qui permet de supposer qu'elles provenaient soit de l'estomac, soit du pancréas.

(*La Semaine méd.*)

DE L'ASEPSIE OBSTÉTRICALE.

Séance du 20 décembre. — Présidence de M. SIEGMUND.

M. VEIT. — Personne ne conteste que, chez une femme en

couches, il puisse se produire soit une auto-infection, soit une hétéro-infection par les mains des personnes qui lui portent secours, c'est-à-dire de la sage-femme et du médecin.

La désinfection minutieuse des mains du médecin et de la sage-femme est donc de rigueur. Il en est de même des parties génitales externes de la parturiente.

Faut-il aussi désinfecter les parties génitales internes?

Cela ne me semble pas très utile. Je crois que, dans la pratique privée, en particulier, il vaut mieux s'en dispenser. Ce qu'on ne saurait trop recommander, par exemple, c'est ne pas répéter trop souvent l'exploration du col avec le doigt, celui-ci pouvant être le vecteur de germes pathogènes.

Il faut éviter, en outre, de promener le doigt sur le périnée avant de l'introduire dans le vagin, car il pourrait s'y imprégner des germes provenant de l'anus ou des parties voisines.

On sait que le symptôme le plus grave de l'infection puerpérale, la tympanite de l'utérus, est le résultat d'une infection par le bacterium coli. Il est certain, d'autre part, que ce bacterium est toujours introduit dans le canal génital par le doigt explorateur. Par conséquent, au moment de l'examen, il faut entr'ouvrir la vulve d'une main et introduire directement dans le vagin le doigt explorateur de l'autre main.

La désinfection rigoureuse de la main est encore de la plus grande importance dans les cas d'hémorrhagie, après l'expulsion de l'enfant. Beaucoup de médecins se hâtent alors d'introduire la main, mal ou nullement désinfectée, dans l'utérus, pour décoller le placenta. C'est là une pratique condamnable, les cas d'atonie vraie de l'utérus étant assez rares. D'une façon générale, je crois que le décollement du placenta est une opération que l'on pratique trop légèrement.

Du reste, beaucoup d'hémorrhagies ne proviennent pas d'une atonie de l'utérus, mais de ruptures soit du col utérin, soit du vagin. Il faut donc, en cas d'hémorrhagie, introduire la main désinfectée dans le canal génital, reconnaître la source de l'hémorrhagie et agir selon le cas. S'il s'agit d'une rupture du col, il faut faire des points de suture.

Quant au procédé de Credé, qui consiste, comme on sait, à instiller dans l'œil de chaque nouveau-né quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent, je le trouve trop radical. Il ne faut

faire cette instillation que si elle est indiquée, de même que la désinfection du canal génital.

M. Olshausen. — L'asepsie de la femme en couches ne saurait être aussi parfaite que celle des opérés ; l'auto-infection d'une parturiente est possible, mais en général elle n'est pas suivie d'accidents graves. Ce n'est guère que dans les cas d'intervention qu'il faut tenir grand compte des microbes pathogènes qui peuvent exister dans le canal génital. A ce point de vue, le décollement du placenta est une opération très dangereuse. La désinfection la plus méticuleuse du canal génital est alors nécessaire. Il en est de même lorsqu'on doit pratiquer la version.

M. Dührssen. — Le lysol est un excellent désinfectant des parties génitales externes ; j'ajoute que cette désinfection est nécessaire, le savonnage de la vulve n'étant jamais suffisant pour rendre cette région aseptique.

La statistique d'Ahlfeld le prouve d'une façon péremptoire : il a eu plus d'accidents dans les années où il n'a pas fait la désinfection générale préalable que dans celles où cette désinfection a été régulièrement pratiquée. En outre, d'après ce professeur, certains décès seraient dus à une auto-intoxication.

Quant aux hémorrhagies post-partum, elles peuvent provenir à la fois d'une déchirure du col et d'une atonie utérine. Le décollement du placenta n'est pas une opération dangereuse. A la Charité, il n'y a eu qu'un seul décès sur 150 décollements ; et encore ce décès a-t-il été dû à une auto-infection.

Une désinfection après l'accouchement n'est nécessaire que dans le cas de pyrexie. L'élévation de la température pendant l'accouchement est un phénomène septique et provient toujours de quelque processus de décomposition.

M. Martin. — En Allemagne, ce sont les sages-femmes qui pratiquent tous les accouchements simples : il faut donc leur enseigner les pratiques de la désinfection.

Il ne faut pratiquer le décollement du placenta avec la main que dans le cas d'absolue nécessité. Je ne conseille pas, comme M. Veit, de faire la suture des déchirures du col avant que le placenta ait été expulsé.

(*La Sem. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

LES FIBROMES DOULOUREUX DE L'UTÉRUS,

Par M. le Dr Quénu.

Je viens de vous dire que le fibrome de cette malade n'était pas enclavé dans le petit bassin ; le toucher vaginal nous renseigne, à cet égard, d'une façon péremptoire ; mais on pouvait s'en douter *à priori* ; voici pourquoi. Le rectum n'est pas comprimé, puisqu'il n'y a aucun signe d'obstruction partielle de l'intestin ; la vessie ne l'est pas davantage, puisqu'il n'existe aucun trouble de la miction ; le plexus sacré n'est pas en souffrance, puisqu'il n'y a pas de douleurs.

L'absence du météorisme ne suffirait point à me faire porter un pareil diagnostic ; l'intestin grêle, chassé du petit bassin par le fibrome qui prend sa place, échappe toujours à la compression ; de son côté, le rectum est *bon enfant* et tout reste en bon ordre, la plupart du temps, dans le tube digestif, pourvu que le néoplasme permette une débâcle de temps à autre ; mais le plexus sacré n'est pas tolérant ; à peine attaqué, il se défend, et répond de suite à la compression par des douleurs.

Ne croyez cependant pas que ceux-là seuls parmi les fibromes de l'utérus soient douloureux qui pèsent sur le plexus sacré quand ils sont dans le petit bassin, ou sur le plexus lombaire quand ils se sont élevés dans la cavité abdominale.

Il en est d'autres qui provoquent la douleur par l'intermédiaire de l'ovaire ou du péritoine pelvien. Rappelez-vous ce qui se passe ordinairement au cours d'une ablation des annexes de l'utérus. La malade est endormie ; on incise la peau, les muscles, le péritoine sans qu'aucun de ces organes proteste. Puis, l'on glisse la main dans le petit bassin pour explorer la région malade ; alors, à peine les doigts rencontrent-ils l'ovaire, que des mouvements réflexes apparaissent : la malade ne souffre pas, ne perçoit pas, mais elle se défend... La surface de l'ovaire est douée d'une sensibilité tout à fait particulière ; dès que vous vous adressez à cet organe, il vous répond en commandant un réflexe de protection. Il y a, en somme, dans le ventre, ce qu'on peut appeler deux points particulièrement sensibles ; la surface ovarienne et le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Vous

avez pu le constater récemment chez une de nos malades. Au cours d'une laparotomie, chaque fois qu'avec un tampon j'exerçais un attouchement, même léger, sur le péritoine du bas-fond pelvien, la malade faisait une longue inspiration bruyante suivie d'une pause respiratoire. Et c'est ainsi, par leur contact avec l'ovaire, d'une part, par le frottement ou le frôlement qu'ils exercent sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas, d'autre part, que certains fibromes utérins deviennent douloureux. Il me vient au souvenir, à cet endroit, un cas bien intéressant.

Une malade que j'ai opérée il y a quatre ans portait un myome gros environ comme une orange, et inséré par un petit pédicule sur l'angle droit de l'utérus. Ce myôme était flottant, tout à fait ballottant dans le petit bassin : mais il était extrêmement douloureux, si douloureux même qu'il provoquait des syncopes et que je m'étais mépris sur la nature de la tumeur. Quand le ventre fut ouvert, j'explorai l'ovaire : immédiatement, la malade se mit en défense ; plusieurs fois je recommençai l'expérience, et chaque nouveau frôlement provoqua des réflexes musculaires intenses. Alors, étudiant les rapports du fibrome, je pus facilement constater que dans les changements de position auxquels il était soumis, il venait basculant sans peine d'un côté et de l'autre, heurter l'ovaire avec plus ou moins de violence comme une sorte de battant de cloche. La tumeur fut enlevée ; sur l'avis de Terrier, je pratiquai une double castration. Jamais, depuis cette époque, ma malade n'a ressenti de douleurs ; elle mène cependant une vie très active.

Ne croyez pas que ces réflexes, pour se produire, exigent une lésion quelconque de l'ovaire ou du péritoine pelvien. Je vous ai montré que l'un et l'autre étaient absolument sains chez notre dernière opérée ; le toucher vaginal ne provoquait aucune douleur ; nous avons pu, le ventre ouvert, constater l'intégrité absolue de tous les organes qui entouraient le myome. C'est bien là une sensibilité physiologique.

Il existe d'autres fibromes de l'utérus qui ne déterminent de souffrance qu'en raison des phénomènes inflammatoires qu'ils provoquent. Ces phénomènes inflammatoires se manifestent soit au sein même de la tumeur, et secondairement sur le péritoine qui la recouvre, soit sur la trompe et sur l'ovaire. Les uns et les autres sont faciles à interpréter. Il est d'abord deux choses que vous devez savoir.

La première c'est que le fibrome en coudant, en rétrécissant, en

modifiant la forme et la contenance de la cavité utérine, en rend l'infection facile ; l'utérus se vide mal ; il y a rétention. Regardez donc avec quelle peine nous introduisons un hystéromètre dans la matrice de la plupart de nos malades qui sont atteintes de fibrome ! Ainsi, se développe, au sein de l'organe, un excellent milieu de culture pour les microorganismes.

Ce que vous devez savoir encore, c'est que la présence d'un myome s'accompagne toujours d'un développement énorme des vaisseaux dans la muqueuse utérine, dans le muscle utérin, dans le ligament large. Ainsi se multiplient autour du foyer septique, les voies d'absorption, si bien que du fait seul de son accroissement, le fibrome, par son action sur la cavité utérine, facilite l'infection de l'organe, et par la vascularisation qu'il provoque, assure la propagation de cette septicité locale.

L'infection, disais-je, gagne le tissu du fibrome lui-même ou bien la trompe et l'ovaire. En ce qui concerne ceux-ci, rien ne vous étonne ; vous connaissez l'histoire des salpingites blennorrhagiques ou puerpérales ; le mode d'infection est ici le même et je ne veux pas insister, car vous n'ignorez pas comment se développe alors la péritonite partielle avec ses fausses membranes, ses adhérences, ses douleurs. Mais peut-être l'infection de la masse néoplasique vous est-elle moins connue ; elle n'a rien cependant qui doive vous surprendre. N'oubliez pas qu'on rencontre des microorganismes en plein milieu du muscle utérin quand la muqueuse est infectée, sur une malade atteinte de métrite par exemple. Comme s'infecte le corps de l'utérus, de même s'infecte le corps du fibrome. C'est là même qu'il faut, sans doute, chercher l'origine de la méprise commise, il y a quelques années, par MM. Landouzy et Galippe qui, ayant rencontré au sein de quelques myomes utérins des colonies microbiennes, en avaient induit qu'elles étaient la cause du développement des fibres musculaires, et comme l'épine autour de laquelle proliféraient les éléments normaux de l'organe. Il y a là, certes, une erreur, et la généralisation avait été trop rapide. Roux lui-même a examiné avec le plus grand soin le pédicule d'un fibrome que j'ai enlevé et n'y a pu découvrir aucun microorganisme ; dans l'espèce, un résultat négatif a, comme vous le comprenez, une grande valeur.

Au résumé, vous voyez que les fibromes de l'utérus peuvent provoquer la douleur par différents mécanismes ; ils peuvent peser sur le plexus sacré ou bien sur des rameaux du plexus lombaire ; ils peu-

vent frôler l'ovaire ; ils peuvent enfin s'infecter ou permettre l'infection des trompes et des ovaires. Action mécanique d'une part ; action modificatrice de l'autre.

(*Gazette méd. de Paris.*)

RÉCEPTIVITÉ DE L'URÈTHRE ET DE L'UTÉRUS. BLENNORRHAGIE ET MARIAGE,

Par J. JANET.

(*Annales des mal. des org. génito-urin.*, août 1893.)

L'urèthre de l'homme normal peut être considéré comme cliniquement aseptique, quoique le méat et la fosse naviculaire soient habités par de nombreux microbes. Cette asepsie est évidemment due à sa résistance aux causes d'infection auxquelles il est perpétuellement exposé. « Cette résistance toute spéciale aux infections est non seulement établie par l'absence de microbes dans les parties profondes du canal, malgré l'infection constante du méat, mais encore par la rareté des infections primitives de l'urèthre par des microbes autres que le gonocoque. Une fois l'invasion gonococcique accomplie, si celle-ci dure peu, l'état anatomique de l'urèthre ne se modifie pas beaucoup et il revient ad integrum ; il peut alors récupérer son immunité aux infections. Si, au contraire, l'invasion gonococcique dure plus longtemps ou se répète, si les traitements sont mal conduits, l'urèthre anatomiquement et physiologiquement modifié perd son état primitif d'immunité et se trouve dans un état spécial de réceptivité pour une nouvelle invasion gonococcique ou pour de très nombreuses variétés d'infections secondaires dues à des cocci et à des bactéries les plus diverses. L'écoulement produit par ces infections secondaires survient peu de temps après le coït contaminant, 12 à 24 heures ; le liquide est identique au pus d'une blennorrhagie subaiguë ; l'examen microscopique révèle dans ce pus de nombreux leucocytes, quelques cellules épithéliales plates et le tout absolument criblé de microbes divers, parmi lesquels une espèce prédomine toujours ; très souvent même on n'y constate qu'une seule espèce à l'état pur. Ces microbes sont dans ce genre d'écoulement aussi nombreux que ceux du vagin des femmes. M. Janet avoue ne pas les connaître, il ne peut affirmer que ce ne sont pas des gonocoques ; leur étude est à faire. Ces infections secondaires se rencontrent tantôt chez des malades ayant tous les signes de l'uréthrite chronique jusques et y

compris le rétrécissement ; tantôt dans des urèthres en apparence normaux sans sécrétion, sans filaments. M. Janet publie deux observations d'infections secondaires d'urèthres en apparence sains, mais qui en réalité restaient en état de réceptivité depuis la guérison d'une ancienne blennorrhagie. Le traitement de ces poussées d'infections secondaires consiste en lavages de l'urèthre antérieur avec une solution faible de sublimé : à 24 heures d'intervalle deux lavages de un demi-litre, le premier à 1/20.000, le second à 1/10.000. Si l'urèthre postérieur et la vessie sont également infectés, les laver soit au sublimé à 1/20.000, soit au nitrate d'argent de 1/2.000 à 1/500. Si les uretères, les reins, les glandes prostatiques et uréthrales, ou les vésicules séminales sont atteintes par l'infection, on ne peut faire un traitement efficace, et on observe alors des infections secondaires indéfiniment récidivantes. Une fois la désinfection obtenue, il faut la maintenir et traiter ainsi l'état de réceptivité : lavage du méat tous les jours et après le coït avec des solutions de sublimé à 1/1.000 ou à 1/3.000. La réceptivité des voies génitales de la femme diffère de celle de l'urèthre de l'homme. Pour le gonocoque, l'état de réceptivité dans les deux sexes est à peu près égal, quoique ce microbe semble cultiver plus facilement chez l'homme ; on rencontre en effet plus souvent chez la femme ces blennorrhagies discrètes, localisées ; les grandes chaudes-pisses utéro-vagino-vulvaires s'observent dans les basses classes qui ne se soignent pas. Vis-à-vis des infections diverses autres que l'infection gonococcique, la femme saine ne jouit pas de la même immunité que l'homme sain : il se produit chez elle, à la suite des périodes menstruelles ou après les couches, un état momentané de réceptivité très analogue à celui qui se produit chez l'homme à la suite de blennorrhagie ancienne. Ces faits ont la plus grande importance au point de vue matrimonial. On connaît les conditions que Finger, dans son beau travail sur la blennorrhagie, exige des anciens blennorrhagiques pour les autoriser à se marier. Aux trois lois formulées par cet auteur, M. Janet propose les deux suivantes : les contre-indications absolues au mariage pour les anciens blennorrhagiques sont : 1° le gonocoque, 2° l'état de réceptivité. Le danger du gonocoque est reconnu et accepté de tous ; M. Janet n'insiste que sur l'état de réceptivité. Les infections non gonococciques des femmes mariées sont fréquentes et se produisent de la manière suivante : le malade en état de réceptivité peut faire au bout de quelque temps de son mariage une infection secondaire

venant d'une source quelconque; les microbes pullulent dans son urèthre, y acquièrent une virulence spéciale et finalement sont inoculés à l'utérus de la femme pendant un de ses moments de réceptivité après les règles ou après les couches. On doit donc, avant de permettre le mariage à un ancien blennorrhagique, l'interroger sur ses antécédents, savoir s'il est sujet à de nombreuses petites poussées d'uréthrites survenues quelques heures apres les coïts les moins suspects, durant peu, faciles à guérir et relativement peu aiguës ; chercher les signes ordinaires de l'uréthrite chronique, etc. Aussitôt que l'interrogatoire a fait soupçonner que le malade est en état de réceptivité, il importe de lui conseiller de surseoir jusqu'à nouvel ordre à toute idée de mariage, de le traiter sérieusement et de le mettre en observation. Le temps de la période d'observation est évidemment très variable suivant les cas.

(*Journal de médecine de Paris.*)

DE LA GALACTOPHORITE,

Par M. Boissard.

(*La Semaine Médicale*, n° 59, 1893.)

Si les abcès du sein ont été connus de toute antiquité, si la division de ces abcès du parenchyme glandulaire et du tissu cellulaire a été fort bien faite par J.-L. Petit et Velpeau, il semble que le rôle de la *voie lactée* ait été insuffisamment mis en relief.

La galactophorite est l'inflammation qui a pour siège les conduits galactophores ; cette inflammation, qui est due à la pénétration de germes septiques (streptoccus, staphylococcus) dans les vaisseaux lactifères peut se montrer à l'état localisé, pur, c'est-à-dire être primitive et non accompagnée ou suivie de lymphangite ; par contre, on voit souvent exister galactophorite et lymphangite et la symptomatologie varie suivant que ces deux affections sont simultanées ou se montrent isolément ; la galactophorite primitive, isolée, pouvant s'installer même insidieusement en quelque sorte, sans grands phénomènes réactionnels, peut passer et passe souvent inaperçue, ce qui explique comment cette affection a été longtemps méconnue ; on ne connaissait que le processus final aboutissant à l'abcès glandulaire, parenchymateux, et l'on ignorait le processus initial, à savoir la présence du pus dans les conduits galactophores, pus qui s'écoule au dehors mélangé au lait.

L'inflammation restant tout d'abord localisée aux seuls conduits galactophores, la galactophorite peut passer inaperçue dans les premiers jours, les douleurs dont se plaignent les femmes étant mises uniquement sur le compte d'une crevasse ; or le signe caractéristique de la galactophorite est *l'écoulement de pus* soit pur, soit mélangé au lait, lorsqu'on vient à exercer des pressions à la base des seins ; l'on voit sourdre alors à la surface du mamelon, par les orifices des conduits, du pus en quantité variable et d'aspect différent, suivant l'intensité et la marche de la maladie.

Il est un signe d'une importance capitale qui doit forcer l'attention et motiver l'examen minutieux des seins, c'est la façon dont le nourrisson allaité par la mère atteinte de galactophorite va se comporter. Le nourrison qui a avalé du pus, fût-ce en minime quantité, présente immédiatement une chute, une descente dans son poids qui peut dépasser 100 grammes dans les vingt-quatre heures. Si l'on n'est pas prévenu de ces faits, on hésite, on tâtonne, et cela d'autant plus que rien ne peut rendre compte de la cause de cet état. L'amaigrissement rapide et continu du nourrisson est souvent le premier signe qui permet de faire le diagnostic et de reconnaître, en l'absence de tous phénomènes généraux, que les conduits galactophores contiennent un peu de pus.

Le traitement préventif de la galactophorite est important, il consiste dans la toilette minutieuse des seins qui seront lavés avant et après chaque tétée. Une fois l'affection établie et reconnue, il convient de suspendre immédiatement l'allaitement du côté du sein malade et les deux si la galactophorite a envahi simultanément ou successivement les deux glandes ; enfin il faut donner issue au pus, mais sans recourir à une incision, en procédant de la façon suivante : des pressions à la base du sein malade et en allant de la circonférence au centre ; on verra alors le pus s'écouler en bavant à la surface du mamelon, et il faudra continuer jusqu'à ce qu'il ne sorte plus une seule goutte de pus. Cette opération peut être assez douloureuse pour nécessiter l'emploi du chloroforme. Après l'évacuation du pus, pratiquée comme il vient d'être dit, il reste à faire pendant une demi-heure une pulvérisation avec une solution de sublimé ou de naphtol puis appliquer un pansement compressif qui sera maintenu en permanence.

Immédiatement après cette première séance d'évacuation du pus, la femme ressent un grand soulagement, la fièvre tombe, et il est

rare que l'on soit obligé d'employer plus de trois ou quatre séances, si bien que, prise dès son début, la galactophorite guérit généralement vers le quatrième ou le cinquième jour ; si au contraire elle est méconnue ou traitée tardivement, on risque d'assister à l'envahissement des acini et à la formation d'un ou de plusieurs abcès glandulaires.

C. A.

CAS D'ABCÈS DE L'OVAIRE,

Par OLIVIER et VILLIAMSON.

(*British Med. Journ.*, 1893.)

La femme en question, âgée de 40 ans, est entrée à l'hôpital pour une tumeur située dans le côté droit du pelvis et accompagnée de vives douleurs depuis trois mois. Pas d'antécédents héréditaires morbides. A eu 10 enfants. Pas de maladies sérieuses antérieures. Réglée à 16 ans, mariée à 17 ; premier enfant dix mois après. Tous les accouchements ont été normaux. Menstruation régulière entre les grossesses. Trois fausses couches, la première il y a dix-sept ans, la seconde il y a douze ans, la troisième il y a deux ans, toutes entre le deuxième et le troisième mois. Le dernier enfant est né trois mois avant son entrée à l'hôpital ; tout s'est alors bien passé.

Une semaine environ avant cette époque, la malade fut prise d'une douleur dans le côté droit du thorax, sans symptômes pulmonaires. Les lochies ne durèrent que deux jours après l'accouchement. Cinq jours après cette suppression, il se produisit un frisson intense, et une semaine après un nouveau frisson avec douleur dans le côté gauche du pelvis, accompagnée de vomissement. Cette douleur a toujours existé depuis, à un degré plus ou moins accusé. Une masse, du volume d'un œuf de pigeon, est apparue dans la région iliaque gauche. La masse est lisse au toucher et n'a pas augmenté beaucoup en dimension. Nombreux frissonnements suivis de perspirations froides. La mixtion est pénible parfois, et en deux occasions, il y a eu rétention complète d'urine, ayant duré deux jours. Amaigrissement considérable.

A l'examen, la malade est très amaigrie ; appétit mauvais ; soif intense, pas de vomissements ; constipation ; température : 37,3. Cœur et poumons normaux ; abdomen non distendu, à parois flaccides ; matités hépatique et splénique normales. Au niveau de la

région iliaque gauche, on peut aisément sentir une tumeur ronde et dure, sensible à la pression. L'examen utérin montre une augmentation de dimensions (la sonde donne plus de quatre pouces) ; l'organe est rejeté à droite. Dans le cul-de-sac gauche, on peut percevoir une masse élastique, tendue, s'étendant du côté gauche de l'utérus vers les parois pelviennes auxquelles elle semble fixée. La trompe et l'ovaire droits semblent normaux. Urines normales. Pendant le temps qu'elle est restée en observation, la malade a plusieurs frissons ; et une fois sa température vespérale est montée à 38°5.

Laparotomie. Ablation de la tumeur avec la trompe au ras de l'utérus, ablation difficile à cause des adhérences solides contractées dans tout le voisinage. A l'examen microscopique, on constate que la tumeur est constituée par un abcès de l'ovaire du volume d'une mandarine. La cavité, de la dimension d'une noix, contient un pus jaune épais ; elle est tapissée intérieurement d'une membrane jaunâtre ressemblant à du cuir. L'abcès est entouré du tissu ovarien dégénéré ; la surface de l'ovaire est recouverte d'une lymphe organisée gélatineuse formant une couche épaisse. La trompe de Fallope est indemne.

A cause des adhérences, on introduit un tube à drainage et on comble la cavité avec de la gaze. La gaze est enlevée le lendemain, ce qui donne lieu à une hémorrhagie considérable arrêtée par une nouvelle application de gaze. La guérison a eu lieu régulièrement et sans complication. (*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

SUR LES TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE AVEC FORMATION D'OVULES PRIMORDIAUX,

Par le Dr R. EMMANUEL.

(*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1893, t. XXVIII, fasc. 1.)

Il est relativement rare qu'à la suite de l'extirpation d'une tumeur ovarienne, l'ovaire laissé en place tombe malade au bout d'un certain temps. Lorsque la première tumeur était maligne, il en sera de même de celle qui se développe en seconde date. Au contraire, si la première opération a été nécessitée par une tumeur bénigne, la tumeur seconde en date pourra être indifféremment bénigne ou maligne.

Beaucoup plus souvent il arrive qu'après extirpation d'un premier ovaire malade on observe le développement de tumeurs carcinoma-

teuses dans le ventre ou dans la plaie opératoire. De même, dans les cas d'une tumeur ovarienne existante, les foyers métastatiques qui viennent à se former siègent presque exclusivement dans les organes abdominaux, exceptionnellement dans les ganglions rétropéritonéaux.

L'auteur publie un cas, où ces foyers métastatiques siégeaient en dehors du péritoine. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, à laquelle on avait extirpé une tumeur bénigne de l'un des ovaires. L'autre ovaire avait été ensuite envahi par une tumeur manifestement maligne, avec foyers métastatiques dans la cicatrice laissée par la première opération, dans la cavité abdominale et dans les ganglions inguinaux. Partout les néoplasies réalisaient les caractères du cystadénome papillaire malin. De plus l'examen miscroscopique a démontré que l'ovaire laissé en place avait d'abord subi la dégénérescence kystique, et en seconde date seulement la dégénérescence carcinomateuse. Ce qui communique à cette observation un intérêt exceptionnel, c'est qu'on a constaté dans la tumeur ovarienne et dans celle qui avait pour siège la cicatrice abdominale, des cellules qui ressemblent de tous points à des ovules primordiaux embryonnaires. Donc, dans des circonstances exceptionnelles, on peut voir apparaître les produits de l'activité spécifique de l'épithélium des feuillets embryonnaires, c'est-à-dire des ovules primordiaux.

L'auteur a également tiré de ce fait une conclusion pratique : lorsqu'après extirpation d'une tumeur ovarienne, celle-ci est reconnue comme étant de nature maligne, il peut être utile d'extirper l'autre ovaire, même quand celui-ci paraît être en état de parfaite intégrité, même quand la preuve de la nature maligne de la tumeur extirpée n'est faite qu'à une époque où la femme est déjà rétablie de sa première opération.

(*Rev. gén. de méd. de chir. et d'ob.*)

SUR LA PRÉSENCE DE BOYAUX GLANDULAIRES DANS UN FIBRO-MYÔME DE L'UTÉRUS,

Par le Dr HAUSER.

(*Münchener médicin. Wochenschrift*, 1893, n° 10.)

A l'autopsie d'une femme de 41 ans affectée d'un fibromyôme de l'utérus, les organes génitaux ont été trouvés dans l'état suivant : à gauche et en avant du fond de l'utérus, un fibrome du volume d'une

petite pomme occupait l'épaisseur de la paroi utérine ; un autre petit fibrome, du volume d'une noisette, siégeait dans la portion de la paroi utérine, comprise entre les deux trompes. Deux autres tumeurs de même volume, pédiculées, étaient placées au-dessous de la précédente. L'ovaire gauche avait subi la dégénérescence kystique, et se trouvait fixé par des adhérences à la paroi postérieure de l'utérus. La muqueuse utérine était pâle. L'ovaire droit avait été extirpé précédemment, envahi qu'il était par un cysto-adénome.

L'examen histologique d'une des petites tumeurs, fit voir qu'il s'agissait d'un myôme presque pur, sans hyperplasie bien prononcée du tissu conjonctif ; on a constaté, vers la périphérie de la néoplasie, un groupe de boyaux glandulaires, ramifiés, communiquant entre eux, formés en majeure partie par des cellules épithéliales cylindriques, fortement serrées les unes contre les autres, avec noyau ovalaire. Dans quelques ramifications seulement de ces boyaux glandulaires, les cellules épithéliales étaient moins allongées, plus larges, de forme plus cubique, avec des noyaux arrondis. La lumière de ces boyaux était le plus souvent étroite et remplie de cellules desquamées. Les boyaux en question étaient séparés de la séreuse par une couche de fibres musculaires, d'une épaisseur de 1/2 millimètre.

Dans le reste de son étendue, la tumeur ne logeait nulle part de productions épithéliales. Comme, d'un autre côté, on n'a pas trouvé la moindre trace d'une tumeur cancéreuse, les boyaux glandulaires rencontrés dans le myôme en question ne sauraient être considérés comme des foyers métastatiques secondaires. Il ne reste donc plus qu'à invoquer la doctrine de Cohnheim, suivant laquelle la tumeur myomateuse serait le produit d'un trouble du développement embryonnaire, laquelle anomalie peut se compliquer d'une inclusion de cellules épithéliales des canaux de Müller.

(*Rev. gén. de méd. de chir. et d'obst.*)

LES ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES.

I. Leyden, dans une étude récente, montre que les accidents gravido-cardiaques peuvent survenir non seulement dans le cas de lésions valvulaires, mais dans le cas d'hypertrophie, de dilatation du cœur, de cœur brightique. Une cause fréquente et peu connue est la parésie cardiaque liée à l'anémie, à la chlorose, aux hémorrhagies. Comme causes d'hémorrhagies au cours de la grossesse, une mention spéciale

doit être faite des insertions vicieuses du placenta. Parmi les lésions valvulaires les plus mal tolérées au cours de la grossesse, il faut citer les lésions mitrales, et en particulier le rétrécissement.

Les femmes atteintes de lésions cardiaques deviennent enceintes aussi souvent et aussi facilement que les autres. Mais les fausses couches sont, chez elles, fréquentes. Toute grossesse amène une aggravation plus ou moins prononcée, plus ou moins persistante, de la lésion cardiaque. Aussi Leyden défend-il le mariage aux jeunes filles cardiaques. Les cardiaques mariées doivent être surtout prévenues du danger des grossesses successives à bref délai.

Dans les formes graves, la mortalité n'est pas moins de 40 p. 100. La mort est rare pendant la grossesse ; elle peut survenir au cours de l'accouchement, elle survient surtout après l'accouchement. Les causes sont ordinairement l'œdème pulmonaire et le collapsus du cœur. Même en cas d'accidents légers et non mortels, la convalescence est toujours très longue, la faiblesse très marquée, la compensation très lente à se rétablir après la grossesse.

En cas de troubles gravido-cardiaques menaçants et résistants au traitement, Leyden regarde comme indiqué l'accouchement prématuré artificiel. En effet, la dyspnée, les hydropisies ne peuvent aller qu'en augmentant, la résistance de la malade qu'en diminuant. Les résultats seront d'autant plus favorables qu'on interviendra plus tôt. Le chloroforme, quand son emploi est nécessaire chez une femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques pendant l'accouchement prématuré ou artificiel, peut être donné à condition d'observer toutes les précautions ordinaires. (*Zeits. f. klin. Med.*)

II. Schlayer, à un point de vue plus obstétrical, a étudié aussi les accidents gravido-cardiaques. Il est d'accord avec Leyden sur le rôle prépondérant du rétrécissement mitral, la nécessité d'interdire le mariage aux cardiaques, l'emploi possible du chloroforme à faible dose. Sur 25 malades qu'il a observées, 2 sont mortes pendant l'accouchement, 10 pendant les jours suivants. La proportion des enfants morts-nés atteignait presque le tiers, moins de la moitié des enfants survécurent finalement après l'accouchement. Les fausses couches sont d'autant plus fréquentes qu'il y a eu plus de grossesses antérieures.

Schlayer insiste sur l'importance du régime lacté, du repos au lit dès les premiers mois de la grossesse. Il est peu partisan de l'avortement provoqué, qui donne une mortalité considérable. Au cours de l'accouchement, on s'attachera à extraire l'enfant aussi lentement que

possible ; aussitôt après, on placera un bandage très serré sur le ventre, de façon à lutter contre la diminution de pression abdominale et la chute trop brusque de cette pression. L'ergotine, l'ergot de seigle, ne doivent être employés qu'en cas de nécessité absolue. Leur action vaso-constrictive ajoute un obstacle de plus au travail du cœur. Le pouls sera toujours surveillé avec le plus grand soin. (*Zeits. f. Geburts. und. Gynaecol.* et *Gaz. des Hôp.*)

LA SYMPHYSÉOTOMIE EN BELGIQUE.

Dans le domaine de l'obstétrique, si voisin de celui de la gynécologie, je vous signale un récent travail de M. Hubert sur la symphyséotomie. Il a été lu le 25 novembre dernier à l'Académie de médecine de Bruxelles, et son retentissement contribuera à la vulgarisation de cette opération en Belgique.

M. Hubert rappelle Morsani et les tentatives des Italiens. Il constate l'oubli où cette opération tomba et le retour de l'opinion en sa faveur, grâce aux pratiques antiseptiques qui en assurent maintenant le succès.

Elle a été pratiquée trois fois en Belgique depuis quelque temps. Voilà le récit abrégé de la première de ces trois symphyséotomies modernes.

Une femme de quarante et un ans, ayant un bassin réduit à 68 millimètres, est en travail. Rachitique, primipare, à terme et avec une présentation probable de la face, elle est symphyséotomisée par M. Hubert.

La section du pubis donne un écartement de cinq à six centimètres. Version podalique après l'échec du forceps, extraction d'un enfant vivant, délivrance artificielle : voilà les épisodes de l'accouchement. Après lui, suture du périoste au catgut, des parties molles avec la soie antiseptique, pansement à la gaze iodoformée et guérison de la plaie opératoire par première intention. Il y eut bien quelques symptômes d'infection imputables à une excoriation pelvienne. Ce fut tout.

On comprend, après ce succès de l'accoucheur et de l'opération, la confiance renaissante de beaucoup de nos confrères belges dans cette opération moderne, mais renouvelée de la pratique des anciens.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES MYOMES UTÉRINS.

En Belgique plus qu'ailleurs, par l'influence de nos Facultés et de nos Sociétés provinciales, il y a, comme vous le demandez en France, décentralisation scientifique. Je commence donc cette correspondance par la province et je vous signale une note de N. Lauwers (de Courtray)

Ce chirurgien a communiqué à notre Académie de médecine, dans sa dernière séance, et par la bouche de M. Hubert, une statistique personnelle de 61 myotomies.

Dix fois il a pratiqué l'énucléation de myomes interligamentaires, obtenu neuf guérisons et enregistré un unique décès par hémorrhagie. Cette dernière aurait été le résultat funeste d'adhérences consécutives à la répétition des injections d'ergotine.

M. Lauwers condamne donc l'abus de ces dernières, soit dit en passant, et, d'après son expérience, formule ainsi les indications opératoires :

1° Ascite et œdème des membres inférieurs ;

2° Incapacité de se livrer au travail en raison des accidents et du poids considérable de la tumeur.

Quant au procédé de choix, c'est celui qui permet de pratiquer la ligature des annexes, l'incision du feuillet péritonéal et l'énucléation de la tumeur. C'est celui auquel ce chirurgien attribue en partie ses succès. Voici comment il opère :

Il décortique le myome, place une ligature élastique sur le col et au-dessous de la tumeur utérine, extirpe par une amputation supra-vaginale, et fixe le moignon à l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen. Comme pansement : boulettes de gaze iodoformée dans la poche constituée par la cavité de la tumeur extirpée.

Cette technique lui a procuré neuf fois sur dix des guérisons. Peu ou point de complications ; c'est donc un succès.

MÉTRORRHAGIE. — PROMPTE GUÉRISON PAR L'HYDROTHÉRAPIE,

Par E. Duval.

Longtemps méconnue, l'efficacité de l'hydrothérapie contre la métrorrhagie a été mise en lumière par Fleury ; mais la connaissance de la méthode a été considérablement répandue par l'éminent professeur Gallard, qui l'appliquait fréquemment dans sa vaste clientèle

féminine. Il a communiqué, dans ses leçons si appréciées par un nombreux auditoire, des cas de guérison des plus remarquables. Aujourd'hui, c'est au Dr Rousseau que nous avons dû d'avoir observé le cas que nous allons mentionner succinctement, qui est un cas de guérison des plus remarquables à ajouter à ceux publiés par le professeur Gallard et à ceux que nous avons consignés nous-même dans notre *traité d'hydrothérapie.*

Le 6 octobre 1890, notre confrère nous adressait Mme X..., âgée de 27 ans, qui, à la suite d'une seconde couche fort laborieuse, éprouva une perte abondante qui se renouvela trois fois dans les six mois.

Les pertes se renouvelèrent ensuite fréquemment malgré le repos au lit et des traitements variés. Conduite par cette persistance des hémorrhagies à un état d'affaiblissement extrême.

Aussitôt son entrée nous commençâmes le traitement par une douche en pluie générale de quelques secondes avec de l'eau à 13°.

Continuée pendant huit jours, à une seule séance par jour, elle fut administrée ensuite deux fois quotidiennement, avec de l'eau à 8 ou 9°, et associée à une douche sur les membres supérieurs pendant une demi-minute.

Dès le 22, un mieux marqué se manifesta ; les pertes étaient moins fortes, et le cortège de l'anémie très diminué, inappétence, affaiblissement, essoufflement, palpitations, décoloration.

Cette amélioration rapide continua les jours suivants, et Mme X... nous quitte le 20 janvier dans un état qui respire la santé ; elle n'a pas eu de pertes depuis plus d'un mois, quoiqu'elle marche beaucoup ; elle mange, digère et dort bien.

Des cas si nombreux de guérisons semblables ont été publiés, par nous et quelques confrères, dont le professeur Gallard, que nous croyons inutile d'insister sur celui de Mme X... ; même résumé dans les quelques lignes qui précèdent, ce fait porte avec lui son enseignement ; nous pouvons donc nous borner à le recommander à l'attention sérieuse de nos lecteurs.

ENDOMÉTRITE DU CORPS UTÉRIN.

Il est à remarquer que l'attention croissante que l'on apporte dans le diagnostic et le traitement des lésions intra-utérines produit d'excellents résultats chez les femmes atteintes d'affections utérines. Le traitement implique comme un pas nécessaire la dilatation du col et de son

orifice interne, et cette dilatation est considérée non seulement comme utile par elle-même, mais encore, dans quelques cas, comme indispensable pour faire disparaître l'élément douleur. De plus, le fait que cette dilatation peut être poussée suffisamment loin, pendant l'anesthésie, sans l'emploi préalable des tentes ou des tiges de laminaires souvent dangereuses, pour rendre possible l'examen et la guérison de beaucoup de cas, qui, autrefois, faisaient souffrir les malades pendant longtemps et étaient imparfaitement guéris par les autres méthodes.

Le Dr Robert Bell regarde l'endométrite comme une maladie fréquente. Le diagnostic ne lui en paraît pas bien difficile. En fait, il peut être posé le plus souvent d'après les seuls symptômes subjectifs.

Par exemple, si une malade se plaint, d'une sensation de pesanteur avec douleur et brûlure dans le pelvis, de douleur aiguë vers le sacrum, de dysménorrhée, d'un écoulement purulent ou muco-purulent abondant. Si chez cette malade, la vessie et l'intestin sont irritables ; si elle souffre d'abattement de l'esprit, d'irritabilité, d'insomnie. A l'examen, on trouvera l'utérus hypertrophié et flasque ; parfois un écoulement purulent ou muco-purulent sort par l'orifice interne du col. De plus, il peut y avoir redoublement des douleurs dans le bassin pendant les règles, le sang s'écoulant difficilement à la surface de la muqueuse malade, d'où congestion de l'utérus et des organes pelviens. Par suite de cette congestion plus considérable, la coagulation du sang se produit presque en même temps que son exsudation qui devient de plus en plus difficile, les caillots ne sont chassés que par les contractions utérines, ce qui détermine de violentes douleurs. L'inflammation peut être si aiguë que la coagulation prend réellement place sous la muqueuse même, et il se peut alors, si elle ne manque pas complètement, qu'il ne s'écoule qu'une très petite quantité de sang, et pour la même raison, il peut y avoir aussi absence d'écoulement du liquide catarrhal. La dilatation du col utérin et de son orifice interne fait donc non seulement disparaître ces douleurs, mais encore elle facilite l'écoulement du liquide menstruel et des sécrétions pathologiques. Aussi, de ce fait même, la congestion disparaît pour ne plus se reproduire, si on a soin de maintenir cette dilatation au moyen de mèches de gaze antiseptiques.

R. Bell estime que la salpingite est toujours consécutive à une endométrite, et que l'inflammation des trompes est due à la propagation du processus inflammatoire par continuité de tissus.

Pour le traitement, le premier soin doit être de dilater l'orifice in-

terne, puis d'irriguer le canal utérin et d'appliquer largement un antiseptique stimulant (phénol iodé), puis de bourrer la cavité utérine de gaze antiseptique. (*Gazette de Gynécologie.*)

VAGIN RIGIDE OU PÉRI-VAGINITE SIMPLE.

A la *Medical Society of the County New York*, M. Maher a communiqué l'observation d'une femme chez laquelle il aurait observé une affection jusqu'ici non décrite et qu'il désigne sous le nom de « péri-vaginite simple ». Voici la description que donne M. Moher :

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, primipare, accouchée depuis neuf jours avec application de forceps. Il y avait une légère déchirure du périnée. C'est en examinant cette lésion que M. Moher fut frappé des particularités suivantes :

Quand on écarte les grandes lèvres, le vagin se présente sous l'aspect d'un tube rigide, au fond duquel on aperçoit très distinctement le col utérin, avec autant de netteté que si on avait appliqué un spéculum.

Le col de l'utérus n'offre aucune lésion. La muqueuse vaginale paraît saine. Le vagin est douloureux au toucher à son insertion utérine et à son orifice vulvaire.

Par le toucher rectal et vaginal combinés, on constatait nettement l'épaississement du tissu conjonctif de la cloison recto-vaginale. Ce tissu était dur et comme feutré.

Au bout de quelques jours tout rentra dans l'ordre ; les parois du vagin redevinrent flasques et toute douleur disparut.

M. Moher pense que cette péri-vaginite, qui produisait la rigidité et la béance du vagin, était d'origine traumatique. Il croit pouvoir l'attribuer à la pression exercée par la tête fœtale au moment de l'accouchement. En effet, au moment de la descente de la tête, le rectum était rempli de fèces dures contre lesquelles le tissu de la cloison rectovaginale fut fortement pressé ; de là l'inflammation subaiguë de ce tissu. (*Le Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

Les femmes-médecins en Russie. — Il y a actuellement 537 femmes-médecins en Russie, dont 245 acceptent des fonctions d'Etat, sans

parler de femmes-médecins qui ont des places dans des maisons de santé privées, dans des compagnies de chemins de fer, assurances, usines, etc. ; nous ne prendrons que les chiffres concernant les femmes-médecins de Saint-Pétersbourg.

Sur 132 femmes-médecins qui habitent cette ville, 36 sont internes des hôpitaux (1) ; 14 médecins des bureaux de bienfaisance ; 5 assistants et chefs de laboratoires ; 7 médecins au ministère de l'Instruction publique ; 2 médecins en chef de Maternités ; 2 médecins d'hospices d'Enfants-Assistés et de la Croix-Rouge ; 7 ont des postes moins importants. En tout 72. Dans le ministère de la guerre, les femmes-médecins ont peu d'accès ; cependant, il y a 1 interne-femme à l'hôpital militaire de Nicolas à Saint-Pétersbourg et 8 médecins-femmes près des hôpitaux militaires de l'Asie russe.

M. Guerzenstein insiste surtout sur l'activité des femmes-médecins des bureaux de bienfaisance, où elles remplissent leurs fonctions d'une façon absolument irréprochable. Elles entrent en communication avec des dizaines de milliers de malades et ont acquis la confiance et le respect de tous ceux avec qui elles sont en contact. Dans les zemstwo (communes), il y a presque partout des femmes-médecins et elles se distinguent surtout par leur dévouement dans le traitement des pauvres.

En finissant son article, M. Guerzenstein dit : « L'exercice des femmes-médecins est *d'une utilité très réelle et reconnue* ; partout où il y a une femme-médecin, elle ne reste pas les bras croisés. Elles acquièrent vite la confiance de leurs clients, et par leur activité elles contribuent, pour une large part, au soulagement de masses de malades. Voilà pourquoi la réouverture des portes des Facultés de médecine aux femmes (en Russie), si longtemps attendue, ne peut que réjouir tous ceux qui tiennent à cœur les intérêts de la patrie, de la justice et de l'humanité. »

Une petite remarque à la fin : la question des femmes-internes, si discutée à Paris, semble donc depuis longtemps résolue en Russie par leurs maîtres et leurs confrères hommes. Il est vrai que la Russie est un pays moins civilisé.....

(*Le Progrès Médical*).

(1) En Russie, les internes sont *docteurs*, admis par l'Etat, *sans concours*, sur le choix des chefs, basé sur les mérites scientifiques des candidats, absolument comme aux Etats-Unis.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

18. — Traitement médical de l'ovarite chronique. — L'ovarite chronique est, comme on sait, une affection très fréquente qui survient soit après l'accouchement ou à la suite de fausses couches, soit sous l'influence de certaines irritations se produisant au cours de la période menstruelle, telles que refroidissement, effort et surmenage physiques, excès vénériens, etc , soit enfin comme conséquence de la blennorrhagie et en général de la propagation à l'ovaire des états inflammatoires de la muqueuse utérine.

La maladie est caractérisée surtout par l'existence de douleurs que l'on peut déterminer par la pression de l'ovaire ou qui surviennent spontanément et augmentent à l'approche des règles. Ces douleurs, parfois assez violentes, épuisent l'organisme, amènent souvent tout un cortège de troubles nerveux et, en privant la malade de sa capacité de travail, peuvent rendre la vie insupportable.

Comme la thérapeutique de cette affection est encore loin d'être fixée, nous croyons utile de décrire ici, d'après M. le docteur E. Winternitz, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Tubingue, le traitement de l'ovarite chronique, tel qu'il est employé à la clinique gynécologique de M. le professeur von Saxinger.

La première mesure à prendre en présence d'un cas d'ovarite chronique consiste à prescrire un repos prolongé au lit. La malade doit rester alitée des semaines, des mois, si possible. Parfois les douleurs ovariennes disparaissent ou s'amendent notablement au bout d'un mois du séjour au lit ; mais souvent il faut, pour obtenir ce résultat, huit à dix semaines et parfois même de trois à six mois. Il est évident que ce repos absolu et prolongé est souvent impraticable chez les malades de la classe laborieuse, pour lesquelles on devra généralement se contenter d'un repos relatif.

Une seconde mesure très importante aussi visera la constipation habituelle si fréquente dans l'ovarite chronique. Cette constipation sera combattue par l'usage systématique des purgatifs. Comme les

drastiques (aloès, coloquinte, séné, etc.) peuvent augmenter l'hypérémie ovarienne, on aura soin de les éviter et on s'adressera à l'huile de ricin ou aux sels neutres. M. Winternitz recommande surtout le mélange ci-dessous formulé :

Sulfate de soude..............	15 grammes.
Soufre lavé..................	5 —
Sucre pulvérisé...............	20 —
Essence de menthe...........	Q. S.

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café dans un verre d'eau ou dans du pain à chanter, au coucher.

On peut employer aussi les lavements évacuants ou bien la glycérine en suppositoires. Mais lorsqu'il existe des exsudats dans le cul-de-sac de Douglas, les lavements provoquent de fortes douleurs et sont par conséquent contre-indiqués dans ce cas.

Des compresses humides recouvertes d'une étoffe imperméable (compresses de Priessnitz), appliquées sur le ventre pendant la nuit et aussi pendant le jour, si la malade reste au lit, sont également utiles.

On peut faire encore des onctions sur l'abdomen avec l'un des mélanges ci-dessous formulés :

Ichthyol..................	ãã 15 grammes.
Lanoline	

Mêlez. — Usage externe.

Sulfo-ichthyol d'ammonium..............	2 gr.
Savon vert............................	20 —

Mêlez. — Usage externe.

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse.*)

***

19. — Curettage utérin pour rétention de débris placentaires, par M. de Coquet. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 37, 10 septembre 1893.) — D'après une série d'observations, l'auteur tire les combinaisons suivantes :

1° Le curettage précoce est légitime et indiqué lorsque l'on a la certitude qu'il reste des débris de membrane ou de placenta dans l'utérus et dès que les symptômes d'infection ont commencé. En effet, de deux choses l'une : ou les injections intra-utérines longtemps con-

tinuées seront suffisantes pour déterger complètement l'utérus et éviter les accidents graves de l'infection, où elles seront impuissantes à débarrasser complètement la matrice. Dans le premier cas, il me semble que l'on perd du temps en temporisant ; on fatigue inutilement la malade qui s'affaiblit fatalement par la résorption inévitable de produits septiques, on retarde d'autant la convalescence et on compromet presque à coup sûr l'allaitement. Dans le second cas, lorsque les injections intra-utérines seront insuffisantes, on doit, *a priori*, opérer hâtivement.

2° Il paraît nécessaire de chercher à obtenir le cri utérin, c'est la seule façon de s'assurer que l'utérus est absolument débarrassé. Si, en effet, on laisse quelques produits septiques dans l'utérus, on est exposé aux accidents d'infection qui seront probablement moins intenses en pareil cas, mais qui pourront donner naissance à une endométrite chronique avec ou sans propagation aux annexes.

3° La curette tranchante, qui permet d'exercer une pression moindre, devra être préférée en pareil cas.

4° On aura le soin d'opérer le jet en main de façon à permettre le libre écoulement des produits de la rétention et à être prévenu, par l'absence du retour du jet, de la perforation du muscle utérin.

5° Il faut ajouter une importance énorme aux injections antiseptiques intra-utérines et vaginales souvent répétées ;

6° Si le chloroforme n'est pas toujours indispensable, il est cependant des cas où on ne saurait s'en passer. La principale objection faite contre l'anesthésie en pareil cas est la perforation plus facile de l'utérus; mais cependant on doit redouter bien davantage cet accident avec une malade indocile qui peut faire de brusques mouvements et embrocher elle-même son utérus.

***

20. — Conduite à tenir dans le cas de faiblesse des contractions utérines pendant l'accouchement. (Ad. Olivier.) — Pendant la période de dilatation, s'il y a faiblesse des contractions, il faut savoir attendre et ne pas vouloir intervenir à tout prix. Il faut soutenir les forces de la patiente en lui faisant avaler du café, du grog. S'il est bon qu'elle marche, il faut de temps en temps la faire coucher. Si la dilatation se faisait par trop lentement si surtout on s'apercevait que la femme se fatiguait, on se trouverait

bien de la mettre dans un grand bain et de lui faire prendre des injections continues avec l'eau du bain. On peut aussi administrer hors du bain des injections vaginales avec de l'eau bouillie à 45°, 48°.

Dans certains cas particuliers, il est indiqué de rompre artificiellement la poche des eaux : ce sont ceux où il y a distension exagérée de l'utérus par suite d'excès de volume du fœtus, de grossesse gémellaire et d'hydramnios. Cette rupture, en diminuant la tension intra-utérine, permet à l'organe de se contracter plus énergiquement.

Mais pour que cette rupture donne de bons résultats il faut certaines conditions : Il faut qu'il y ait déjà un certain degré de dilatation et que le col ne soit point rigide ; il faut que la présentation soit celle du sommet en position antérieure ; il faut que le bassin ne soit pas rétréci ; enfin il faut qu'il n'y ait aucune complication comme une procidence du cordon ou d'un membre, par exemple.

Si la faiblesse persiste ou se produit au moment de la période d'expulsion, les auteurs conseillent les frictions sur le fond de l'utérus, les injections d'eau très chaude, l'électricité même. Nous pensons avec nos maîtres que lorsque la porte est ouverte si l'expulsion tarde trop à se faire au bout de 3 heures on est en droit de terminer l'accouchement par une application de forceps. Si la mère n'est pas trop fatiguée, si l'enfant ne souffre pas, si l'engagement est peu profond, on peut attendre un peu plus, mais en se tenant prêt à intervenir dans le cas où l'enfant viendrait à donner quelque signe de détresse. Lorsque la tête est le plancher pelvien il ne faut pas dépasser trois heures de peur de voir se produire des escares.

(*Annales de la Polyclinique.*)



21. — Sur le traitement du prolapus du vagin et de la matrice, par F. A. Kehrer. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, nos 37 et 38.) — D'après Kehrer, le prolapsus des organes génitaux reconnaîtrait les causes suivantes :

Une longueur exagérée, une élasticité et une contractilité trop faibles de l'appareil de sustentation des organes génitaux.

Une dilatation du vestibule et de l'entrée du vagin.

Un relâchement de l'anneau et de l'entrée du vagin, constricteur vaginal compris.

Une exagération de la pression intra-abdominale.

Un léger degré de fléchissement du bassin.

Une réplétion trop grande de la vessie et du rectum (cysto et proctocèle).

Après avoir passé en revue les procédés de traitement usités contre le prolapsus des organes génitaux, l'auteur conclut que le plus efficace de tous consiste dans la colporrhagie. Dans 50 cas qu'il a opérés, l'auteur s'en est tenu à l'anesthésie par la cocaïne (une, au plus deux seringues de Pravaz d'une solution de cocaïne).

Pour ce qui concerne la technique opératoire, l'auteur préconise l'excision d'un lambeau ayant la forme d'un fuseau allongé, sauf à recourir aux modifications commandées par les circonstances. Ainsi, lorsqu'au siège des caroncules vaginaux se trouve un pli transversal très procident, il commence par exciser ce pli, il réunit les deux lèvres de la plaie au moyen de points de suture, disposés longitudinalement, puis il excise plus en arrière un lambeau en forme de fuseau. Si à l'endroit de l'un des caroncules se trouvent deux plis longitudinaux distincts, ceux-ci sont excisés également, et les lèvres des solutions de continuité sont suturées. Si le milieu de la partie procidente est constitué par un large pli transversal, qui va se continuer dans les lèvres, M. Kehrer commence par tailler un lambeau triangulaire dont l'écartement est égal à celui que forme le pli médian, à pointe dirigée en avant, puis il trace en arrière de la base de ce lambeau triangulaire et de chaque côté, deux incisions latérales, l'une antérieure et l'autre postérieure, disposées de telle sorte que les quatre incisions transversales se rencontrent de chaque côté sous un angle aigu. Il réunit finalement les bords du triangle antérieur, au moyen de points de suture disposés transversalement, et les bords des triangles latéraux au moyen de points de suture disposés longitudinalement, de telle sorte que les lignes de suture dessinent un T renversé.

Quand la voûte du vagin est très étalée et très hypertrophiée, M. Kehrer excise d'abord un lambeau triangulaire de la paroi antérieure, et il réunit les bords de la plaie. Il excise ensuite plus en arrière deux lambeaux triangulaires beaucoup moins pointus, à sommets dirigés en arrière et contigus, par leurs bases, au triangle antérieur ; les bords confluents de ces triangles sont ensuite réunis transversalement. La ligne de sutures, obtenue dans ces conditions, dessine un Y renversé.

Quand le col est hypertrophié, ou qu'il y a ectropion de ses lèvres,

M. Kehrer excise un large coin de la partie médiane de la lèvre antérieure et un fragment semblable de la lèvre postérieure.

Quand il se décide pour une colporrhaphie postérieure, il opère maintenant de préférence suivant le procédé de Freund, tandis qu'autrefois il employait le procédé de Hégar. Lorsque les parties génitales externes ont subi une descente considérable, il trace une incision qui part du frein et côtoie de chaque côté les bords postérieurs des grandes lèvres ; puis il prolonge cette incision obliquement en haut et en arrière, vers la face interne des lèvres, il lui fait décrire un angle aigu en descendant en bas et en dedans ; les deux incisions vont ensuite rejoindre les côtés latéraux du triangle vaginal, après avoir décrit des arcs à concavité dirigée en haut. Ainsi se trouve dessiné à la face interne de chaque grande lèvre un triangle à sommet dirigé en haut, dont les bords sont ensuite suturés l'un à l'autre d'avant en arrière. On applique ensuite une double rangée de sutures superficielles et profondes.

Pour les sutures, M. Kehrer emploie des fils en métal. Ces fils ne sont enlevés qu'au bout de deux ou trois semaines. Les opérées sont reléguées au lit pendant trois semaines.

(*Rev. gén. de méd., de clin. et d'obst.*)



22. — Le traitement de la cholérine des enfants, par le Dr M. GROSS. (*Therapeutische Monatshefte*, mai 1893, fasc.5, p. 227.) — M. Gross préconise une méthode de traitement qui n'est pas nouvelle, mais qui, à son dire, permet de couper presque sûrement la maladie, quand celle-ci n'en est encore qu'à sa première période, fébrile.

D'abord M. Gross fait administrer un lavement à l'eau froide, poussé assez haut dans l'intestin. Puis il fait frictionner le corps de l'enfant avec un mélange à parties égales d'alcool et d'eau glacée. Si ces moyens ne suffisent pas pour faire tomber la fièvre et arrêter les convulsions, il administre de l'antipyrine (0,15-0,5), *pro dosi* ; les accidents convulsifs ne résistent pas à cettte médication, et les enfants s'endorment d'un sommeil calme.

A leur réveil, ils transpirent, en général, abondamment. M. Gross prescrit alors le régime suivant :

Pendant les vingt-quatre premières heures, interdiction absolue du lait ; que l'enfant soit nourri au sein ou au biberon, l'alimentation

consistera exclusivement en soupes mucilagineuses, eau sucrée bouillie, thé, le tout donné par petites quantités souvent répétées. Toutes les douze heures, lavement d'eau salée. Toutes les deux heures, un paquet de calomel de la valeur de 1 à 2 centigrammes, le nombre total des paquets ne devant pas dépasser 6.

Puis, pendant les vingt-quatre heures qui suivent, les enfants nourris au sein sont rendus à leur nourrice, tandis qu'on maintient encore pendant deux ou trois jours au régime susdit, ceux qui sont élevés au biberon. Quand la maladie est plus avancée, on institue ce même régime ; on fait prendre souvent les boissons indiquées ci-dessus, alors même qu'elles sont rejetées par vomissement. Les lavements d'eau salée sont répétés toutes les trois ou quatre heures ; la quantité de liquide (1 0/0) injectée chaque fois sera de un à un et demi litre. Sous l'influence des liquides administrés par le haut et par le bas, les vomissements s'arrêtent bientôt et la diarrhée diminue. Il est recommandé aux mères de tenir leurs enfants en plein air le plus possible, et jusqu'à ce que les vomissements soient complètement arrêtés, et que les selles soient devenues beaucoup moins fréquentes. En même temps que l'amélioration se dessine, on diminue le nombre des lavements jusqu'à 1 ou 2 par jour.

En fait de médicaments, M. Gross commence par prescrire :

1° Rec. Calomel.................	0 gr. 005 — 0,015	
Salol.....................	0 — 1	0,2
Sucre....................	0 — 3	

M. Pour faire six paquets. — A prendre un de ces paquets toutes les deux heures dans de l'eau bouillie.

Puis, quand la maladie date déjà de quelques jours :

2° Rec. Salol..............................	0.1 — 0.2
Sucre de lait.........................	0.3

M. A diviser en dix doses. A prendre toutes les deux heures un de ces paquets dans de l'eau bouillie.

En même temps, on fera prendre, à la suite de l'ingestion de la poudre de salol, des gouttes suivantes :

3° Rec. Acide chlorhydrique dilué.........	15 parties
Pepsine..........................	4 —

M. — A prendre quatre fois par jour 2 ou 3 gouttes.

Cette dernière prescription sera continuée jusqu'au rétablissement des fonctions digestives.

Il n'est pas rare qu'une attaque de cholérine laisse à sa suite un catarrhe chronique de l'intestin grêle ou du gros intestin. En pareils cas, M. Gross prescrit des paquets de salol, *ut supra*, et des lavements évacuants, suivis d'un lavement de tanin (solution à 1 0/0).

Quand les vomissements persistent encore, le second ou le troisième jour d'une attaque de cholérine, M. Gross a recours au lavage de l'estomac avec une solution diluée d'acide chlorhydrique.

Quand les enfants lui sont amenés en état de collapsus, il fait également le lavage de l'estomac avec de l'eau chaude, et il prescrit des lavements d'eau salée (un lavement toutes les trois ou quatre heures), alternativement avec des bains de moutarde. (*Rev. internat. de Thérap. et de Pharm.*)



23. — Nouveau procédé de respiration artificielle à employer dans les cas d'asphyxie chez des nouveau-nés. (Dr Forest.) — Voici en quoi consiste ce nouveau procédé : D'abord l'enfant est couché pendant quelques instants sur la face, la tête étant placée à niveau un peu plus bas que le reste du corps. En même temps on exerce une légère pression sur le dos, cela dans le but d'exprimer hors de la bouche et de la trachée les liquides que l'enfant aurait pu avaler.

Puis, l'enfant étant maintenu dans l'attitude assise, on l'introduit, jusqu'au thorax, dans une baignoire à moitié remplie d'eau chaude. L'opérateur, de la main gauche, saisit les poignets de l'enfant, les paumes des mains étant tournées en avant ; de la main droite il empoigne les épaules, en maintenant la tête entre le pouce et les autres doigts. Les bras de l'enfant sont ensuite attirés un peu en haut et en arrière, en même temps qu'on leur imprime un léger mouvement de rotation en dehors. Cette mesure a pour effet de tendre les muscles des épaules et des côtes et de soulever un peu celles-ci. En même temps les muscles abdominaux sont relâchés, par suite de l'attitude de l'enfant ; ils ne contrarient donc pas le jeu des muscles élévateurs des côtes. Enfin la tête de l'enfant se trouve portée davantage en arrière.

(*Journ de méd. de Paris*).



24. — Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. — Voici comment M. Valude décrit ce procédé : 1° « Dès la naissance et avant la section du cordon (à moins de circonstances particulières, asphyxie, etc.), essuyer doucement les paupières de l'enfant avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une substance antiseptique et exprimé ; 2° Après avoir ainsi débarrassé les cils et les bords palpébraux de leur matière grasse, écarter les paupières et insuffler une certaine quantité de poudre d'iodoforme très finement porphyrisé. Ne pas renouveler l'insufflation.

Les avantages que présente ce traitement préventif sont nombreux, et on n'a pas de reproche à lui faire. M. Valude a bien fait ressortir tous les avantages de l'iodoforme. L'insufflation en est facile, son énergie antiseptique ne subit pas d'altération, ses résultats sont meilleurs que ceux du nitrate d'argent, et il n'a pas le grand inconvénient de produire une irritation quelconque. C'est là un point sur lequel il convient d'insister.

Tandis que tous les autres traitements provoquent une ophthalmie catarrhale plus ou moins intense, avec l'iodoforme on évite précisément mieux qu'avec tout autre méthode « ces ophthalmies bâtardes, catarrho-purulentes, folliculaires, etc., qui se développent chez les enfants chétifs, non point du troisième jour, mais quelques jours après la naissance. Ce qui se voit avec l'insufflation de poudre d'iodoforme, c'est un gonflement de la conjonctivite avec rougeur, mais pas de sécrétion, et ces phénomènes cèdent en deux ou trois jours au plus à de simples irrigations antiseptiques et ne s'accompagnent presque jamais de lésions cornéennes, à condition toutefois que l'iodoforme soit très finement porphyrisé. Dans le cas contraire, il pourrait avoir de sérieux inconvénients (Lindo-Fergusson). Un autre avantage, c'est que les ophthalmies qui surviennent malgré tout ne sont pas graves et n'attaquent pas ordinairement la cornée. Enfin, et ceci surtout rend la supériorité de l'iodoforme indiscutable, son action antiseptique se prolonge longtemps. Très finement porphyrisé, il se loge dans le fond des culs-de-sac conjonctivaux où il se cantonne « sous la forme de filaments jaunâtres agglutinés par du mucus et s'y maintient si longtemps, malgré le flux des larmes, qu'on l'y trouve encore quelques jours après la naissance (Valude) ». Que dans ces conditions des doigts malpropres, des linges, etc., viennent transporter des gonococcus dans l'œil, leur virulence sera très atténuée.

Quand on aura ajouté que l'iodoforme se conserve en provision

sans s'altérer, que les pharmaciens le délivrent sans prescription du médecin, qu'il ne peut être confondu avec aucun autre corps par sa couleur caractéristique, et qu'enfin son odeur spéciale empêche toute méprise, on comprendra aisément pourquoi l'insufflation de poudre d'iodoforme est le meilleur traitement préventif de l'ophthalmie, aussi bien de la forme grave, rare aujourd'hui, que de la forme bénigne, qui est la plus fréquente.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

***

25. — Extirpation totale de l'utérus. — Dès 1888 M. Herzfeld a décrit une méthode d'extirpation totale de l'utérus analogue à la méthode de Kraske-Hochenegg dite sacrale pour l'ablation du rectum. Presque en même temps a paru une publication de M. Hochenegg exprimant la même idée. Ce n'est que récemment que M. Herzfeld a pu mettre en pratique sur la femme vivante la méthode qu'il avait exposée antérieurement avec détails. Voici en quoi elle consiste : on fait une incision médiane à la région sacrée jusque vers l'anus ; le coccyx est mis à découvert et réséqué, ainsi qu'une portion du sacrum, s'il est besoin ; le péritoine est ouvert entre le rectum repoussé à droite, et le vagin que l'on aperçoit à gauche ; l'utérus est attiré. Voici maintenant le point essentiel de la méthode. Pour parer au danger de semer le carcinome dans le péritoine, la cavité péritonéale est refermée de la façon suivante : le péritoine est incisé au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et le feuillet vésical est suturé au feuillet rectal incisé au moment de l'ouverture de la cavité péritonéale. Ce n'est qu'ensuite que l'on opère sur l'utérus par une méthode en quelque sorte extra-péritonéale.

M. Herzfeld a rapporté ensuite brièvement six cas ainsi opérés soit par Schauta, soit par lui-même. Quatre ont été suivis de guérison. Une des malades est morte de cachexie ; une autre a succombé à une péritonite purulente provoquée par le pus d'une salpingite qui a pénétré dans le péritoine au moment de la section de la trompe. Cet accident eût pu être évité si l'on avait eu soin de fermer la cavité péritonéale avant d'inciser la trompe.

Voici quelles sont les principales indications de la méthode sacrale pour l'extirpation de l'utérus : 1° hypertrophie considérable de l'utérus ne permettant pas son ablation par la voie vaginale ; 2° cancer du

corps ; cancer utérin ayant envahi le vagin ou les annexes sur une assez grande étendue.

(*La Pratique médicale.*)

***

28. — Intoxication par le Sublimé en injection vaginale. — L'intoxication par les sels mercuriques employés comme antiseptiques est chose rare, et cela fort heureusement, étant donnés les services incontestables que ces sels rendent journellement au chirurgien et à l'accoucheur. Cette intoxication est cependant possible, et, ne fût-ce que pour engager les praticiens à manier le sublimé avec une grande prudence, il y a intérêt à publier les faits où elle s'est produite. C'est à ce titre que nous résumons l'observation suivante que M. Jéhé vient de publier dans les *Annales de la policlinique de Toulouse*.

Une femme de 35 ans, ayant déjà eu trois enfants, fait une fausse couche au troisième mois de sa grossesse ; l'enfant est chassé en entier de la cavité utérine. Son médecin prescrit alors des injections vaginales avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, à prendre 1 litre matin et soir.

Au bout de ces injections le médecin constata une céphalalgie intense, et des rougeurs siégeant au niveau du tronc et des membres, qui ont l'aspect d'une éruption scarlatiniforme. Il n'y a pas de salivation. L'examen du col le montre ouvert ; en outre, il existe une vieille métrite avec éversion considérable de la muqueuse cervicale.

Il va sans dire que les injections de sublimé furent remplacées par des injections d'acide borique, mais les accidents persistèrent encore quelques jours ; l'éruption augmenta d'importance, puis fut remplacée par des sudamina, enfin il se produisit une desquamation très marquée accompagnée de la chute des cheveux et des cils. Par contre, il n'y eut jamais de lésions sérieuses du côté de la bouche, c'est à peine si l'on put constater à un moment donné un léger liseré mercuriel le long des incisives inférieures.

Ce fait est intéressant à différents points de vue. C'est d'abord cette circonstance que, contrairement à ce que l'on observe le plus souvent, le toxique a été éliminé par la peau ; les autres voies d'élimination habituelle du mercure, les glandes salivaires, le tube digestif (l'on sait que ces empoisonnements sont très souvent suivis de selles séreu-

ses extrêmement nombreuses), sont restés à peu près inactifs à ce point de vue, puisqu'ils n'ont présenté aucun phénomène anormal.

Une autre particularité non moins intéressante, c'est ce fait qu'il a suffi de trois injections vaginales, d'une solution faible (1 pour 2.000) pour déterminer la série des accidents graves présentés par la malade. On peut attribuer cette gravité à ce fait que : les injections étant données dans le décubitus dorsal, peut-être, après chacune, un peu de liquide demeura-t-il en contact avec la vaste éversion de la muqueuse cervicale, merveilleuse voie d'absorption. En outre, la malade présentait certainement une susceptibilité particulière vis-à-vis du sublimé.

Rappelons à ce propos que Récamier a rapporté l'observation d'une dame qui ne pouvait prendre la plus petite dose de mercure sans être prise d'un érysipèle de la face ; Breschet a observé de la salivation le lendemain du jour où pour la première fois il avait cautérisé le col avec du nitrate acide de mercure ; Trousseau rapporte qu'une femme fut prise d'une salivation violente après une seule injection vaginale composée de 30 centigrammes de sublimé et de 500 grammes d'eau.

Tout ce qui précède démontre une fois de plus que le médecin qui se sert d'un sel de mercure doit toujours en surveiller l'emploi et savoir que les cas d'intoxication, s'ils ne sont pas heureusement très fréquents, sont loin d'être une rare exception.

(*Gazette méd. de Strasbourg.*)



27.— De l'enveloppement élastique comme moyen de réduction de certains prolapsus utérins. — Voici le procédé de réduction dont M. le docteur Kakouchkine (de Saint-Pétersbourg) s'est servi dans un cas de prolapsus complet de l'utérus devenu irréductible par suite de l'œdème considérable des parties prolabées.

Notre confrère a appliqué sur ces parties, préalablement recouvertes d'une fine couche de tarlatane, une bande élastique dont les circulaires enserraient le prolapsus dans toute son étendue. Ce bandage compressif, bien fixé au moyen de la même bande enroulée autour du bassin, fut laissé en place pendant six heures. Lorsqu'au bout de ce temps on l'enleva le gonflement de la masse utéro-vaginale avait diminué au point que la réduction put être pratiquée sans le moindre effort.

Comme on le voit, le procédé employé par Kakouchkine est analogue à celui dont on se sert pour réduire le paraphimosis et se recommande aux praticiens par sa simplicité.

(*La Semaine méd.*)

***

28. — Traitement des métrorrhagies par les lavements d'eau salée, par M. Warman. — Cette médication serait substitutive de celle des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de solutions salines. M. Warman l'a employée chez vingt-huit accouchées déjà en collapsus par suite d'hémorragie post-partum. (*Thérap. Monat.*, sept. 1893.)

Leur effet se traduit par retour de la température, du pouls et de la respiration. En voici la technique : une cuillerée à café de sel marin est dissoute dans un quart de verre d'eau, à la température de la chambre. Le malade est placée sur le côté, on introduit la canule en la faisant passer au-dessous du vagin et on la maintient fortement pour compenser l'incontinence du sphincter.

M. Warman propose d'étendre cette médication à toutes les hémorragies abondantes. Une seule contre-indication : les entérorrhagies.

(*Rev. gén. de chir. et de thér.*)



29.— Un procédé de réduction de l'utérus gravide en rétroversion. — Ce procédé, employé avec succès par le docteur Laroyenne, professeur de clinique des maladies des femmes à la Faculté de médecine de Lyon, présenterait sur les manœuvres généralement employées pour le redressement de l'utérus gravide en rétroversion (abaissement du col au moyen d'une main introduite dans le vagin, pendant que les doigts de l'autre main, introduits dans le rectum, repoussent en haut le corps de l'utérus) plusieurs avantages : il est plus efficace, d'une exécution plus facile, permet de se passer de chloroforme et n'expose pas à l'avortement.

Voici, d'après M. G. Levrat, interne de M. Laroyenne, en quoi il consiste :

L'opérateur introduit sa main dans le vagin et l'insinue entre les parois du bassin et de l'utérus jusqu'au promontoire sans exercer aucune pression sur le corps utérin. La main peut être dirigée directe-

tement en arrière, le long de la concavité du sacrum ; mais souvent on atteindra encore plus sûrement le promontoire en contournant les parois latérales du bassin. Lorsque la main a atteint ainsi l'angle sacro-vertébral, l'utérus se trouve déjà pour ainsi dire énucléé de l'excavation pelvienne et ramené dans la grande cavité abdominale. Mais souvent la réduction est encore incomplète : bien que le fond de l'utérus soit remonté et que sa saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin ait diminué, son col reste toujours dirigé en avant et en haut, ce qui indique la persistance de la déviation. Dans ces conditions, on introduit, pour compléter la réduction, un pessaire malléable en fil de fer recouvert de caoutchouc. Ce pessaire ressemble à un anneau de Hodge, avec cette différence que son arc postérieur est très large. Cette partie large du pessaire doit se trouver tout entière dans la gouttière que la main de l'opérateur a creusée entre le sacrum et le corps utérin ; elle ne doit presser en aucun point sur l'utérus. Au bout d'un laps de temps variable, mais qui excède rarement vingt-quatre heures, la réduction de la rétroversion est complète, comme on peut s'en convaincre par le toucher vaginal, par la palpation de l'abdomen, ainsi que par la cessation de la rétention d'urine et la possibilité de percevoir le soufle utéro-placentaire.

Ce dernier signe, encore peu connu, serait constant, d'après M. Laroyenne : tant qu'il y a rétroversion, l'auscultation abdominale de l'utérus gravide ne révèle aucun soufle utéro-placentaire; dès que la rétroversion est réduite, le souffle apparaît.

(*La Semaine méd.*)



30.— La rétention des tiges de laminaire. — Dans le cas où des tiges de laminaire se trouveraient enclavées dans l'utérus, voici quelle est, d'après M. Monod, la conduite à tenir :

Dans la majorité des cas, la tige vient buter contre la lèvre inférieure du col; il conviendra donc, après avoir redressé l'axe utérin en accrochant la lèvre antérieure du col au moyen de la pince fixatrice, de saisir l'extrémité de la tige de laminaire et de la dégager en la repoussant de bas en haut.

Si ce procédé ne réussit pas, avant de pratiquer la discision du col, il faut introduire une nouvelle tige pour compléter la dilatation.

Comme moyen pratique de prévenir la rétention des laminaires dans la cavité utérine, M. Monod recommande le disque en caoutchouc

percé d'un trou central inventé par M. Courtin. Dans ce trou s'engage l'extrémité de la tige de laminaire qui se trouve ainsi maintenue en dehors de la cavité utérine.

(*Ann. policlin. de Bordeaux*, novembre 1893.)

***

31. — Gerçures du sein.

Aristol	4 gr.
Vaseline liquide	20 gr.

En applications après chaque tétée. Avoir bien soin d'étaler les gerçures à chaque application.

L'emploi du bout du sein favorise la guérison.

(Dr Vinay, in *Lyon médical.*)

***

32.— Pommade contre les éphélides de la grossesse.

Oxyde de zinc		0 gr. 30 c.
Oxyde jaune de mercure		1 gr. 25 c.
Huile de ricin	ãã	75 grammes.
Beurre de cacao	ãã	75 grammes.
Essence de roses		X gouttes.

F. s. a. une pommade, avec laquelle on frictionne, deux fois par jour, chez les femmes enceintes, les parties du corps couvertes de taches pigmentées.

(*Union méd.*)

FORMULAIRE

Traitement de la constipation dans la pelvi-péritonite aiguë.

(Jules Chéron.)

La question du traitement de la constipation dans la pelvi-péritonite aiguë est toujours à l'ordre du jour.

On s'accorde de plus en plus à reconnaître que les purgatifs doivent être absolument écartés du traitement de la pelvi-péritonite

aiguë. En effet, tant que le travail inflammatoire n'est pas définitivement limité, il y a un très grand danger à donner des purgatifs qui, en secouant les anses intestinales, peuvent créer des infections secondaires par le coli-bacille et détruire les fausses membranes qui faisaient obstacle à l'extension des lésions péritonéales. On sait, au contraire, qu'il est nécessaire d'immobiliser l'intestin : 1° directement par une alimentation liquide, facile à digérer, par l'administration des opiacés, des antiseptiques intestinaux, etc., 2° indirectement par l'application d'une carapace de collodion élastique, moyen imaginé, il y a longtemps déjà, par Robert de Latour et dont l'utilité a été généralement reconnue.

Il n'en est pas moins utile de combattre la constipation et de maintenir la liberté du ventre, sans avoir recours aux purgatifs.

La magnésie calcinée est particulièrement indiquée lorsqu'il y a des renvois acides, du ballonnement du ventre, des brûlures au creux de l'estomac, etc. La dose de 2 grammes par jour est suffisante pour donner des selles régulières et pour éviter la rétention des matières fécales. On ordonne ce médicament en cachets, de la façon suivante :

Magnésie calcinée................ 15 grammes.
En trente cachets.

Prendre un cachet toutes les 4 heures (4 cachets par jour).

Lorsqu'il existe de l'embarras des voies biliaires, des vomissements bilieux, du sub-ictère, le goût du citron dans la bouche, un enduit jaunâtre de la langue, etc., on a tout avantage à recourir au calomel, qui est un excellent cholagogue, et qui est sans inconvénients si on le donne à dose laxative et si on lui associe l'extrait thébaïque pour éviter les coliques qu'il occasionne parfois.

Je conseille de formuler ce médicament ainsi qu'il suit :

Calomel......................... 1 gramme.
Extrait thébaïque................., 0 20 centigrammes.
Pour vingt pilules.

Prendre une de ces pilules toutes les 4 heures (4 pilules par jour).

Grâce à ces deux formules, judicieusement employées, on évite facilement la constipation, dans les pelvi-péritonites aiguës, et on ne s'expose pas aux inconvénients graves qu'entraîne avec lui l'emploi des purgatifs.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN. (*Suite.*)

Dans notre dernière Revue, nous étions arrivés à cette conclusion que, dans le traitement du prolapsus utérin, l'opération la plus utile à pratiquer consistait à restaurer le périnée, à renforcer le plancher pelvien, dans le but de réduire à une fente virtuelle l'orifice de la « hernie sacro-pubienne », suivant l'heureuse expression de Hart. Mais cela ne suffit pas ; il est non moins indispensable, si l'on veut obtenir la guérison, de replacer l'utérus en antéversion normale et de faire en sorte qu'il se maintienne habituellement en antéversion.

D'une façon générale, la reposition de l'utérus avec l'hystéromètre ou avec les redresseurs utérins (repositeur de Sims, curvateur utérin de Vulliet, sonde intra-utérine de Miller, etc.) est contre-indiquée, à notre avis, à moins que l'utérus ne présente aucune trace d'inflammation, même légère, et a fortiori qu'il n'y ait aucune trace d'inflammation péri-utérine, de lésion annexielle, aucune adhérence péri-utérine ou péri-annexielle, que la réduction, en un mot, puisse se faire sans aucune difficulté et sans traumatiser la muqueuse utérine. L'hystéromètre suffit alors et il n'est nullement besoin d'instruments plus compliqués.

Voici, dans ce cas, comment il convient de procéder :

L'hystéromètre, dont l'extrémité aura été préalablement entou-

rée d'une faible couche d'ouate hydrophile imbibée de résorcine en solution concentrée, est introduit dans la cavité utérine, comme pour le diagnostic de la rétroversion, c'est-à-dire la concavité de l'extrémité utérine dirigée en arrière ; on fait décrire au manche de l'instrument un grand arc de cercle, de facon à amener la concavité de la courbure utérine de l'hystéromètre en avant ; enfin on abaisse lentement le manche de l'hystéromètre sur le périnée. Deux doigts de la main gauche sont alors introduits dans le vagin et maintiennent l'utérus en antéversion. L'hystéromètre est retiré. Avec la main droite, placée sur la paroi abdominale, on exerce sur le fond et sur la paroi postérieure de l'utérus des pressions circulaires et on complète, en même temps, la réduction commencée par l'hystéromètre. Après le massage, on place un pessaire de Hodge qui est destiné à maintenir l'utérus jusqu'à la séance suivante. Il est plus prudent, à notre avis, de ne pas faire le massage avant d'avoir retiré l'hystéromètre, alors même qu'on a pris la précaution d'enrouler de l'ouate autour de sa partie utérine. Il faut savoir, en outre, que la réduction est rarement complète par l'hystéromètre, quand même on déprime bien le périnée avec le manche de l'instrument. Pour pouvoir dire, en effet, que la réduction est complète, il faut que le fond de l'utérus soit amené immédiatement contre la face postérieure du pubis, ce que la courbure de l'hystéromètre ne permet pas de réaliser dans la grande majorité des cas.

Le plus souvent, il est préférable de recourir d'emblée à la réduction manuelle ; les procédés sont nombreux, suivant qu'on fait le redressement recto-vaginal, ventro-vaginal ou ventro-recto-vaginal. Je ne décrirai que les procédés de redressement ventro-vaginal, dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, n'ayant pas une expérience suffisante des autres méthodes pour en parler en connaissance de cause et ayant toujours réussi, avec plus ou moins de temps, il est vrai, par l'un des deux procédés que je vais rapporter :

Si l'utérus est petit et si la région de l'isthme est rigide, de telle sorte que le corps de l'organe obéisse aux mouvements

communiqués au col, le mouvement de bascule, qui est le mode de redressement le plus simple, est indiqué et réussit bien. Deux doigts de la main gauche exercent une pression sur la lèvre antérieure du col d'avant en arrière, de façon à faire basculer en avant le corps de l'utérus ; la main droite placée sur la paroi abdominale saisit le fond de l'utérus et l'amène lentement au contact du pubis. La main droite maintient le corps de l'utérus en place pendant que les deux doigts de la main gauche se placent sur les côtés du col et soulèvent l'organe. On fait alors facilement le massage de la face postérieure avec la main droite.

Si l'utérus, tout en étant rigide, est volumineux et à plus forte raison, s'il est à la fois volumineux et flexible au niveau de l'isthme, la manœuvre précédente ne réussit pas, parce que la main droite ne peut aller saisir le fond de l'organe dans la concavité sacrée et parce que les pressions sur la lèvre antérieure du col ne font que fléchir davantage le col sur le corps. Le procédé qui nous a le plus réussi, dans ce cas, est le suivant :

L'index gauche, placé sur la lèvre antérieure du col, attire le col en arrière et à droite ; le médius gauche, enfoncé profondément sous la partie accessible du corps, refoule le corps vers la symphyse sacro-iliaque gauche et l'approche le plus possible des parois abdominales. La main droite, placée sur la paroi abdominale au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche accroche le fond de l'utérus et le ramène lentement vers le pubis, en s'enfonçant graduellement derrière la face postérieure de l'utérus.

A mi chemin, le médius gauche, qui est resté jusque là directement en arrière de l'utérus, est déplacé un peu vers le bord gauche du corps de la matrice et redresse, par une pression de gauche à droite, cet organe jusqu'alors oblique de haut en bas et de droite à gauche. La main droite suit ce mouvement de redressement vertical et y contribue. L'index gauche se trouve alors directement dans le cul-de-sac latéral gauche, le médius dans le cul-de-sac latéral droit ; la main droite

presse sur la face postérieure de l'utérus redressé et finit de l'amener sous le pubis. Il ne reste plus qu'à faire le massage comme dans le cas précédent.

Le massage est le complément nécessaire de la reposition ; il a pour but de tonifier les ligaments suspenseurs de l'utérus et de ramener cet organe à ses dimensions normales. Il est surprenant de constater, après un petit nombre de massages, des utérus notablement allongés, mesurant, par exemple, 12 à 14 centimètres, revenir à une longueur de 7 à 8 centimètres.

Après chaque massage nous plaçons un pessaire de Hodge pour maintenir, si faire se peut, la réduction. Le plus souvent elle ne se maintient que très incomplètement les premiers jours, puis, peu à peu, l'utérus cesse de se dévier en arrière et se maintient, en même temps, à bonne hauteur.

Mais, pour arriver à cela, il faut associer au massage, ainsi que l'a très justement observé Thure Brandt, une série de moyens ayant pour but de tonifier tout l'organisme (gymnastique suédoise) et de tonifier particulièrement les muscles du bassin par les mouvements passifs qui suivent :

a) Ecartement des genoux, le siège étant soulevé. La malade couchée sur une chaise longue, les jambes demi-fléchies sur les cuisses, on écarte progressivement les deux genoux, pendant que la malade résiste au mouvement, en soulevant le siège.

b) Rapprochement des genoux. C'est la manœuvre inverse de la précédente.

c) Flexion des cuisses sur le bassin, la malade faisant résistance.

d) Extension des cuisses sur le bassin, la malade faisant résistance.

Il est incontestable que ces divers mouvements, répétés tous les jours, ont une action utile sur le releveur de l'anus et sur les muscles du plancher du bassin ; ils sont donc des plus favorables à la cure du prolapsus.

Aux manœuvres que nous venons de passer en revue, il faudrait, pour être complet, en ajouter plusieurs autres faisant

partie de la méthode de Thure Brandt (1), mais mon intention n'est pas d'épuiser le sujet, je n'ai voulu rappeler ici que les parties essentielles du traitement manuel, tel que je l'ai utilisé moi-même, dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer. Associé aux opérations plastiques périnéo-vaginales, si le périnée est insuffisant et s'il y a cystocèle et rectocèle importantes, ce traitement manuel me paraît être, dès maintenant, un grand perfectionnement sur les méthodes anciennes de traitement du prolapsus utérin.

Jules BATUAUD.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr P. BOUTEIL, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite*).

—

TECHNIQUE DU CURETTAGE.

Le curettage est rarement une opération d'urgence qu'il faut faire sur l'heure ; dans quelques cas on doit intervenir sans tarder, quand il s'agit par exemple d'arrêter une hémorrhagie ou de parer à des accidents septiques suites de couches : ce sont là des exceptions.

Dans la grande majorité des cas le médecin aura tout le temps nécessaire pour préparer la malade et faire de l'antisepsie vaginale.

On ne négligera jamais de guérir les maladies contemporaines

(1) Consulter sur ce sujet : *Traitement gymnastique médical de Thure Brandt,* trad. d'après l'édition allemande du Dr A. Resch par le Dr J. Stas, Anvers 1891, et *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus,* etc., par Jentzer et Bourcart, Paris et Genève 1891. Ce dernier ouvrage renferme de nombreuses figures qui facilitent beaucoup la lecture des diverses manœuvres préconisées par Thure Brandt. (J. B.).

de l'endométrite qui pourraient être ultérieurement une cause de réinfection. S'il existe de l'uréthrite, de la vulvite ou de la vaginite, on les combattra par les moyens appropriés.

On défendra les rapports du mariage ; si le mari de la malade est lui-même atteint d'infection gonoccocienne aiguë ou chronique, on prescrira le traitement qui convient.

Du côté de la malade on s'efforcera d'obtenir la décongestion de l'appareil utéro-ovarien en prescrivant le repos, les pansements osmotiques régulièrement faits, la révulsion sur les points douloureux au moyen de frictions sédatives ou de vésicatoires volants, par des injections chaudes antiseptiques : on relèvera sa vitalité par les injections hypodermiques de sels de soude.

Au bout de quinze jours de ce traitement on peut porter la curette dans l'utérus, sans oublier jamais « que l'on va faire une plaie dans un terrain où pullulent des micro-organismes et ayant à chaque instant le souci d'une antisepsie exacte et minutieuse. Pendant les deux jours qui précéderont l'opération, le médecin fera lui-même une injection vaginale de deux litres d'une solution de sublimé au 1/1000 ou au 1/2000. Après chaque lavage il mettra dans le vagin un tampon de gaze iodoformée ou salolée.

On ne négligera le traitement préparatoire que si l'opération doit être faite sur l'heure pour parer à un danger ou à un accident immédiat, s'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie ou de combattre des accidents de septicémie par rétention du délivre. On ne se contentera pas d'un simple lavage antiseptique ; on frottera avec la pulpe de l'index ou mieux avec un écouvillon les parois vaginales jusque dans les moindres replis de la muqueuse.

Ces précautions sont indispensables si l'on veut réduire au minimum toutes les chances possibles d'infection.

Il faut autant que possible pratiquer le curettage en dehors de l'époque menstruelle, généralement sept ou huit jours après cette époque. Cependant l'hémorrhagie utérine n'est pas une contre-indication absolue et le chirurgien se verra quelquefois forcé d'intervenir au moment où les règles sont le plus abondantes.

Il y a deux ou trois ans les gynécologistes étaient divisés sur la question de la narcose chloroformique. Nous croyons qu'il faut

endormir si l'on veut faire une opération complète. Outre la suppression de la douleur, l'anesthésie permet d'obtenir la résolution musculaire complète de la paroi abdominale et de déterminer l'état des annexes par le palper bimanuel, garantie d'un diagnostic plus scientifique.

On pourrait à la rigueur substituer au chloroforme l'action anesthésique locale de la cocaïne chez les femmes courageuses. On fait sur un Playfair une poupée d'ouate hydrophile ; on porte cette poupée trempée dans une solution de cocaïne au 1/10, dans le canal cervical ; on remplit les culs-de-sacs du vagin de tampons d'ouate imbibés de cette solution ; d'autres tampons sont placés au devant du col. De cette façon toutes les parties accessibles de l'utérus sont plongées dans un véritable bain de cocaïne. Au bout de cinq minutes on peut commencer l'opération.

La malade aura été purgée la veille de l'opération ; elle aura pris le matin, de bonne heure, un lavement glycériné pour assurer la vacuité de l'intestin et un bain tiède pendant lequel on aura bien savonné la région vulvo-génitale. Les poils auront été lavés au sublimé ou coupés ras.

Le chirurgien et ses aides ne négligeront aucune des précautions antiseptiques classiques, leurs mains et leurs avant-bras auront été soigneusement savonnés et plongés ensuite dans une solution de permanganate de potasse et de bisulfite de soude, ou dans le sublimé.

Les instruments tous entièrement métalliques auront été stérilisés par un séjour de 30 minutes dans une étuve à 140° ou soumis à l'ébullition pendant un quart d'heure, puis placés dans un plateau où ils baignent entièrement dans une solution phéniquée.

Les instruments nécessaires sont :

Un grand spéculum à double mouvement et à valves parallèles ;

Plusieurs curettes tranchantes et à tige flexible ;

Des bougies de Hégar ;

Les dilatateurs à écartement transversal et antéro-postérieur ;

Un hystéromètre ;

Une sonde à irrigations intra-utérine ;

Une pince tire-balle.

A portée, se trouvera un laveur rempli d'une solution de sublimé au 1/2000 ou de toute autre solution antiseptique.

L'opérée ne portera pour tout vêtement que sa chemise et sa camisole.

La malade est portée sur la table d'opération anesthésiée et mise dans la position dorso-sacrée, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes fléchies sur les cuisses et maintenues par deux aides. On s'assure par le toucher bimanuel de l'état des annexes; on fait un lavage du vagin ; on place le spéculum ; on met l'utérus dans l'axe de ce dernier. On introduit l'hystéromètre pour s'assurer de la direction du trajet cervico-utérin. Celle-ci connue, on prend une curette à tige flexible dont on modifie la courbure suivant la nécessité de chaque cas. Si l'utérus n'a pas été dilaté à la laminaire, on pratique la dilatation extemporanée avec les dilatateurs métalliques à deux branches (dilatateur transversal et antéro-postérieur) dont on se sert successivement. Le dilatateur est progressivement ouvert jusqu'au maximum et laissé ouvert pendant cinq minutes. On le retire et on peut faire pénétrer sans difficulté la curette, surtout si on a soin de lui donner une courbure appropriée. On lui fait décrire un cercle pour s'assurer qu'elle n'est serrée en aucun point de la cavité. On la tiendra un peu obliquement par rapport à la surface interne de l'utérus. On fera le curettage du fond de l'utérus vers l'orifice externe en passant méthodiquement la curette sur les divers points de la face antérieure, sur la face postérieure, sur le fond, les angles utéro-tubaires et les bords latéraux. Chaque fois la curettte est retirée, vidée dans un peu d'alcool, flambée et trempée dans une solution antiseptique pendant qu'une autre la remplace.

De temps en temps on fait dans le vagin une irrigation froide avec de l'eau bouillie phéniquée.

Le curettage du fond et des angles utéro-tubaires ne peut être fait d'une façon complète que grâce à l'emploi des curettes latérales du docteur Batuaud.

J'ouvre ici une parenthèse pour décrire cet instrument qui offre

de réels avantages (1). — La curette du Dr Batuaud est une curette tranchante à tige flexible, dont la partie active est disposée perpendiculairement au manche de l'instrument, de façon à attaquer l'angle droit (curette latérale droite) ou l'angle gauche (curette latérale gauche) de la cavité utérine : ces curettes latérales, simples modifications de la curette de Sims, permettent d'abraser complètement, facilement et rapidement le fond de l'utérus, ses bords latéraux et surtout les angles utéro-tubaires qui représentent souvent le siège maximum des lésions dans l'endométrite. Dans les cas de rétroversions, de rétroflexions accentuées, de rétrodéviations, la curette latérale gauche agit sur le côté droit de l'utérus et inversement. Ces curettes latérales permettent de compléter le grattage de la muqueuse sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'abaissement artificiel de la matrice.

Il ne faut pas oublier un seul point de la muqueuse malade ; ce serait le point de départ d'une récidive. Tant que l'instrument arrache la muqueuse, la main de l'opérateur se rend bien compte que la curette est sur du tissu mou. Sur le muscle utérin la résistance éprouvée est beaucoup plus grande ; la curette semble grincer et donne naissance au « cri utérin », sensation à la fois tactile et auditive, comparable au raclement d'un gros tendon fibreux. La perception de ce cri dans tous les points de la cavité utérine avertit l'opérateur qu'il est temps de s'arrêter. Il est bon toutefois de donner quelques coups de curette dans le but de ramener les quelques débris qui auraient pu s'accumuler à la paroi postérieure de l'utérus et au voisinage de l'orifice interne.

Le curage ne s'adresse pas au col utérin ; s'il y a endocervicite, la herse de M. Doléris, la curette à dents, l'opération de Schrœder ou d'Emmet, l'ignipuncture du col seront mises en usage pour combattre plus spécialement cette affection.

Le curettage excite énergiquement la fibre utérine ; l'organe se contracte et revient sur lui-même. Si le jeu de la curette est géné par cette rétraction il faut rétablir la dilatation primitive au moyen des dilatateurs métalliques. Exceptionnellement l'organe

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juin 1893.

s'agrandit au cours de l'opération : ce phénomène se produit pour des utérus atones et sans réaction ; il faut se garder, dans la crainte d'une perforation hypothétique, de faire une opération incomplète. La conduite à suivre, c'est de vider l'utérus des caillots qu'il contient et de continuer l'opération.

En résumé, pour que le curettage donne un résultat sérieux et durable, il est nécessaire que la totalité de l'endométrium ait été minutieusement enlevé, que l'orifice des trompes ait été nettoyé et que le cri utérin soit perçu dans tous les points de la cavité utérine sans exception.

La plupart des opérateurs parachèvent le curettage par un lavage antiseptique destiné à entraîner les derniers débris, lavage suivi d'une cautérisation intra-utérine à l'acide phénique fort, au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, à la glycérine créosotée, au perchlorure de fer, suivant les indications. Un second lavage est nécessaire pour enlever le liquide caustique en excès.

M. Doléris, après le curettage, porte dans la cavité utérine un écouvillon imbibé de glycérine créosotée au 1/3. L'écouvillon détacherait certains débris que la curette a pu lui laisser, adhérents par quelques points : c'est un surcroît de garantie.

La plupart des chirurgiens, afin de maintenir béant l'orifice interne de la matrice, font à ce moment le drainage de l'utérus.

Pour cela, ils prennent une mince bandelette de gaze iodoformée qu'ils enfoncent progressivement à l'aide d'un hystéromètre, et en remplissent la cavité utérine ; ils renouvellent cette gaze au bout de vingt-quatre heures.

D'autres chirurgiens, et en particulier ceux qui font le curettage dans l'espoir d'obtenir l'évacuation des collections séreuses ou séro-purulentes des trompes, placent dans l'utérus, après le curettage, un drain destiné à maintenir l'isthme béant, jugeant la gaze iodoformée insuffisante pour obtenir le résultat qu'ils désirent.

Nous verrons en faisant l'historique du drainage que cette question est depuis longtemps un objet de recherches et une des préoccupations constantes des gynécologistes de tous les pays, et qu'il existe à l'heure actuelle de nombreux modèles de drains en

caoutchouc, en métal, etc. Avec M. Chéron nous donnerons la préférence au crin de Florence pour assurer le drainage de l'utérus. La description de ce drain, sa technique feront l'objet d'un chapitre spécial.

Supposons le drain mis en place et reprenons la technique de l'opération.

Après le curettage, qu'on ait ou non mis un drain dans l'utérus, on fera une dernière irrigation vaginale, on séchera le vagin avec des tampons de ouate hydrophile, on terminera par un pansement à la gaze iodoformée.

Un tampon d'ouate hydrophile graissé de vaseline et placé à la vulve empêchera l'urine de pénétrer dans le vagin et de salir le pansement.

Les suites opératoires immédiates sont des plus simples. La malade est portée dans son lit et condamnée au repos absolu pendant au moins vingt-quatre heures, sans autre alimentation que des bouillons et du lait. S'il advient quelques légères coliques on administre une potion calmante au bromure de potassium et à la teinture d'aconit, on donnera aussi du sulfate de quinine à dose tonique. Enfin on placera en permanence un sachet de glace sur le ventre.

Il est bien établi pour nous que cette excellente opération ne donne tous les résultats qu'on en peut espérer que si on lui adjoint des soins consécutifs ayant pour but de permettre à la muqueuse nouvelle de se développer dans un milieu aseptique, de l'empêcher de se reconstituer d'une façon trop rapide et surtout de se refaire d'une façon trop exubérante et de s'hypertrophier comme la muqueuse qu'on vient d'abraser.

La malade restera au lit trois semaines environ ; le pansement sera renouvelé tous les trois jours. On réprimera la tendance à l'hyperplasie en faisant des attouchements de la cavité au moyen d'une poupée d'ouate montée sur la tige d'un Playfair et trempée dans une solution soit de teinture d'iode, soit de perchlorure de fer, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, et surtout de glycérine créosotée ou de résorcine (solution à parties égales d'eau et de résorcine).

Il est bien évident qu'un lavage antiseptique du vagin suivra l'ablation du tampon de gaze iodoformée, et qu'après chaque lavage un nouveau pansement remplacera le premier.

Si l'on craint que la congestion du parenchyme utérin ne joue un rôle dans l'hypergenèse des glandes de la muqueuse on fera des pansements glycéro-iodoformés et même de légères scarifications du col.

Ce n'est qu'au prix de ces soins continus donnés pendant six semaines ou deux mois, c'est-à-dire pendant tout le temps nécessaire à la formation de la nouvelle muqueuse, qu'on obtient par le raclage de la cavité utérine des résultats définitifs et exempts de récidive. Le succès de l'opération est dans la connaissance de ces petits moyens.

DES AVANTAGES DU CURETTAGE SANS ABAISSEMENT.

Nous avons décrit plus haut la technique du curettage sans abaissement forcé ; nous sommes convaincu qu'il suffit pour faire un bon curettage à hauteur d'avoir à sa disposition un peu d'adresse, un peu de patience et un outillage approprié, ce dernier se composant d'un spéculum à double mouvement et à valves parallèles, de curettes flexibles, des dilatateurs antéro-postérieur et transversal. Les anciens gynécologistes pratiquaient généralement le curettage en laissant l'utérus en place. Lisfranc avait parlé de l'abaissement dès 1847. C'est à M. Doléris que nous devons la généralisation de cette pratique, malgré les protestations indignées de MM. Pajot et Guéniot. Le 11 mars 1886, M. Doléris faisait à la *Société d'obstétrique* une communication où entre autres choses il préconisait la traction du col. M. Pajot, répondant à M. Doléris, disait : « L'abaissement est une manœuvre dangereuse ; elle peut avoir des conséquences fâcheuses immédiates ou éloignées. D'ailleurs avec un peu d'adresse on peut parfaitement conduire les instruments dans la cavité utérine sans qu'il soit nécessaire d'abaisser la matrice. M. Guéniot déclarait, de son côté, que l'abaissement est une manœuvre répugnante.

« Chez la femme debout, l'axe de la matrice se trouve parallèle

à l'axe du détroit supérieur ; si on place la malade dans la position dorso-sacrée, en lui faisant fortement fléchir les cuisses sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, le corps de l'utérus, entraîné par son poids, tombe en arrière vers le rectum : son axe est alors à peu près horizontal et prend la direction de l'axe du vagin. Cette position fait en quelque sorte saillir le périnée et l'utérus se place de lui-même dans l'axe du spéculum. On comprend combien il est alors facile d'introduire dans la cavité utérine des instruments à manche suffisamment long.

« Les connexions de l'utérus avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter. En arrière, au contraire, l'utérus est solidement fixé par les ligaments utéro-sacrés, qui attachent au niveau du col leurs faisceaux *inextensibles et résistants.* » (Pozzi, *Traité de gynécologie*.)

C'est en raison de cette inextensibilité et de cette résistance des ligaments que nous ne saurions concevoir comme inoffensives les manœuvres de l'abaissement forcé. Chez les déprimées et les neurasthéniques, les ligaments suspenseurs de l'utérus sont lâches, extensibles, sans tonicité, l'abaissement se fait très facilement, mais l'utérus ne remonte plus ; ce sont des malades vouées à l'hystérectomie ou au port des pessaires. Souvent, il existe en même temps que l'endométrite des phlegmasies péri-utérines, salpingo-ovarites, périmétrites et paramétrites. Nous savons que le curettage peut rendre les plus grands services précisément dans ces cas où l'abaissement de l'utérus ne serait pas sans danger.

D'ailleurs, y a-t-il un réel avantage, quand l'intervention se borne à un curettage, à amener le col à la portée des doigts ? N'est-il pas suffisant qu'il soit apparent au fond du spéculum ? L'écartement des valves du spéculum tend les culs-de-sac du vagin à la façon d'un pessaire, donne à l'utérus un point d'appui, qui non seulement empêche l'organe de disparaître au cours de l'opération, mais l'immobilise et supprime les vascillations perpétuelles imprimées nécessairement à la curette et qu'elle transmet à l'utérus en les exagérant.

Un des plus grands avantages de l'abaissement serait de permettre la rectification du trajet cervico-utérin s'il existe un angle entre le corps et le col. Il n'est pas besoin pour obtenir ce résultat de faire l'abaissement à la vulve : la simple fixation du col au moyen d'une pince tire-balle permet dans tous les cas le redressement ; la traction sera des plus légères, les valves du spéculum en limitant l'étendue.

On a accusé le curettage à hauteur de rendre difficile l'introduction des instruments dans l'utérus. Cette objection nous semble peu fondée ; toujours l'introduction des instruments nous a paru facile après la dilatation extemporanée. Les dilatateurs à deux branches dont nous nous servons font à la fois une dilatation suffisante et redressent l'angle de flexion et les irrégularités du canal s'ils existent.

Nous reprocherons à l'abaissement de limiter le curettage au traitement de l'endométrite chronique exempte de toute lésion du côté des annexes.

Le curettage avec abaissement est contre-indiqué non seulement par tous les états aigus ou subaigus de l'utérus et des annexes, mais par toutes les phlegmasies péri-utérines, salpingo-ovarites, périmétrites, paramétrites éteintes, qui ont laissé des reliquats, des dépôts plastiques, des brides autour de l'utérus. Tout chirurgien prudent craindra de voir se rallumer les foyers anciens à la suite des tiraillements et des manœuvres de l'abaissement ; l'antisepsie la plus rigoureuse ne saurait l'en préserver. On sait combien facilement passent inaperçues les phlegmasies péri-utérines, à la période initiale ; on sait aussi combien il est difficile de diagnostiquer au début une salpingite catarrhale d'avec une salpingite purulente ; puisqu'il en est ainsi, la prudence la plus élémentaire conseille l'abstention ou l'emploi d'une méthode exempte de danger, comme le curettage à hauteur.

Il est encore des cas nombreux où le chirurgien se voit forcé de faire le curettage pour des utérus qui ne s'abaissent pas ; en cas de tumeurs fibreuses par exemple.

Faudrait-il qu'il se privât alors volontairement des bons résultats que donne le curettage en permettant d'attendre la ménopause ?

L'abaissement constitue un véritable danger dans certains cas de kystes salpingiens ou d'abcès péri-ovariques dont la rupture a parfois été provoquée par cette manœuvre. Nombreuses sont les observations où, par suite des tractions exercées, sur l'utérus, il s'est fait des ruptures de trompes ou de poches contenant du pus. La mort survient au bout de quelques jours malgré la laparotomie tentée comme dernière ressource.

Nous rapportons à la fin de notre travail deux cas de mort imputables à l'abaissement (observations I et II). Ces cas de mort se sont produits alors que les règles les plus minutieuses de l'antisepsie avaient été observées ; l'abaissement était seul responsable des accidents survenus.

Pour toutes ces raisons nous croyons conclure :

1° Que le curettage de la cavité utérine peut être pratiqué facilement sans abaisser l'utérus à la vulve, à la condition d'avoir à sa disposition un outillage spécial et d'ailleurs peu compliqué ;

2° Que ce curettage à hauteur nous semble la méthode de choix, toutes les fois que des lésions péri-utérines (lésion des annexes, pelvi-péritonite, résidus d'abcès pelviens) compliquant l'endométrite, rendent l'abaissement artificiel difficile ou dangereux ;

3° Que ce curettage sans abaissement de l'utérus représente une opération aussi complète et aussi efficace que le curettage avec abaissement, si l'on sait donner aux curettes la courbure appropriée à chaque cas et si l'on prend soin de faire méthodiquement l'abrasion de la muqueuse ;

4° Qu'il n'est permis d'abaisser que dans quelques cas exceptionnels d'endométrite isolée, ou quand il sera nécessaire de faire sur le col des opérations anaplastiques (Opération de Schrœder, d'Emmet, de Martin, etc.)

(*A suivre*).

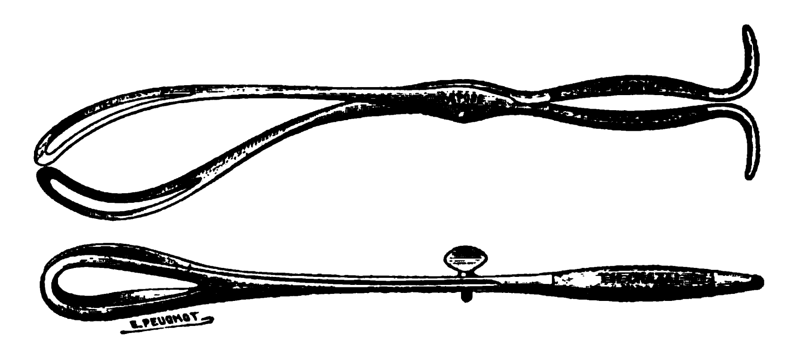
Forceps du Docteur Pénoyée

(modèle Chazal).

Ce forceps a été présenté à la Société Obstétricale par M. le docteur Fournel, le 11 janvier 1894, et à la Société de Chirurgie par M. le docteur Paul Segond, le 28 février de la même année.

Voici la description qu'en donne M. le docteur Pénoyée :

Le forceps que j'ai l'honneur de présenter doit être appliqué au détroit supérieur, chaque cuillère sur le méridien pariéto-malaire l'une devant le promontoire, l'autre derrière le pubis.



Avec le forceps de Levret et le forceps Tarnier, cette prise est difficile et peut même être dangereuse pour l'utérus qui se trouve comprimé entre le rétrécissement osseux et les cuillères de l'instrument. Ces cuillères sont épaisses et tiennent de la place ; elles sont courbées sur les bords et, par conséquent, lorsqu'elles sont appliquées sur la tête, au détroit supérieur, elles portent fortement les branches du forceps soit vers la cuisse droite, soit vers la cuisse gauche de la femme.

Il faut donc, en tirant, maintenir les poignées à gauche ou à droite et porter en même temps les manches en arrière ; mais comme ces manches n'ont point de courbure du côté du périnée, ils ne peuvent se porter suffisamment en arrière et la tête est empêchée de se loger autant qu'il serait nécessaire dans la concavité sacrée.

Ayant eu plusieurs fois l'occasion de faire ces remarques, j'ai eu l'idée de faire exécuter un forceps dont chaque cuillère, comme je le disais plus haut, doit être appliquée au détroit supérieur, l'une devant le promontoire, l'autre derrière le pubis. Les deux cuillères ont une courbure céphalique différente.

Elles n'offrent point de courbure sur le champ.

La cuillère postérieure à mortaise présente une courbure plus accusée que l'antérieure, ce qui lui permet de s'adapter à la concavité sacrée et de s'appliquer avec plus de facilité sur le pariétal postérieur.

La branche postérieure, immédiatement au-dessus de l'articulation, se courbe légèrement en arrière. Cette disposition ménage le périnée et permet de rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur.

La cuillère antérieure (à pivot) a une courbure céphalique moins accusée, et sa branche, comme la branche postérieure, subit la même incurvation qui porte le manche en arrière.

Que l'occiput soit à droite ou à gauche, on applique la première la branche postérieure (à mortaise) ; puis la branche antérieure à pivot est appliquée la seconde et l'on articule. Le manuel opératoire est le même que pour le forceps ordinaire.

Conclusions: L'application de ce forceps est plus facile, les cuillères étant moins épaisses que celles du forceps Tarnier, il tient moins de place.

Grâce à sa courbure sacrée, il ne refoule pas la tête vers le pubis et il doit à l'inclinaison des manches en arrière de pouvoir rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur, tout en ménageant le périnée.

La tête une fois dans l'excavation sur le plancher du bassin, on opère la rotation et l'on dégage les bosses occipitales l'une après l'autre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1894.

OVARIOTOMIE DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.

M. Pinard lit un rapport sur une observation de M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis). Une femme de vingt-neuf ans avait eu, après un accouchement, une série d'accidents infectieux, péritonite subaiguë, pleurésie, phlébite. La fièvre et la cachexie persistant, M. Le Roy des Barres ayant constaté une tumeur abdominale fit, deux mois après l'accouchement, la laparotomie. Il enleva un kyste renfermant quatre litres de pus. Amélioration immédiate. La malade sortit guérie le vingtième jour après l'opération. Il s'agissait dans ce cas d'une septicémie puerpérale à forme prolongée. Les faits d'ovariotomie pendant l'état puerpéral sont beaucoup plus rares que les faits d'ovariotomie pendant la grossesse. M. Lawrence, de Bristol, n'a pu en recueillir que dix cas, tous suivis de guérison.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Pinard lit un autre rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), relative à un cas de grossesse extra-utérine que M. Houzel croit appartenir à la variété péritonéale primitive (Voir *Progrès médical,* 1893, volume II, page 7). Pour le diagnostic de la variété intra-péritonéale primitive, M. Houzel s'appuie surtout sur la grande liberté du fœtus au milieu des anses intestinales. M. Pinard, dans des cas où la liberté était aussi grande, a par un examen attentif constaté des traces de kyste tubaire rompu et guéri. Cette variété est si rare qu'on ne peut l'admettre qu'avec réserve. La preuve de l'intégrité complète des organes de la génération (utérus, trompe, ovaires), qui serait indispensable, manque dans l'observation de M. Houzel.

(*Le Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 février.

—

ÉLIMINATION DES PHOSPHATES PAR LE LAIT.

M. Samson (Grignon). — J'ai voulu savoir si les phosphates ajoutés aux aliments des animaux étaient éliminés par la mamelle. Pour cela, j'ai fait absorber à une vache du phosphate de soude ; voici ce que j'ai constaté :

La teneur du lait en acide phosphorique était notablement augmentée. L'acide phosphorique en excès n'était pas uni à la caséine, mais se trouvait à l'état de solution dans le sérum du lait. Ma conclusion est donc que les phosphates ajoutés à l'alimentation des vaches laitières sont, au moins en partie, éliminés par la mamelle. Y a-t-il là une indication thérapeutique ? Mes recherches ne me permettent pas de le dire.

(*Le Bulletin méd.*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1894.

—

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. Schwartz présente à la Société un gros fibrome intraligamentaire suppuré en divers points et ouvert dans la cavité utérine, qu'il a enlevé par hystérectomie totale abdominale. Le fibrome, qui pèse 8 kilogr., avait attiré la vessie jusqu'au niveau de l'ombilic.

Après laparotomie, celle-ci fut décollée, puis la tumeur ayant été énucléée de l'intérieur du ligament large jusqu'au fond du petit bassin, je pus, après section de ces derniers, constituer un pédicule. Un lien élastique fut placé sur ce dernier. La surface et la cavité utérine ayant été cautérisées au Paquelin, il extirpa dans un second temps ce pédicule, en désinsérant le vagin sans aucune difficulté. Durée une heure et quart. Drainage vaginal avec mèche et gaze iodoformée.

L'opérée depuis huit jours va très bien. C'est ma troisième hystérectomie totale abdominale pour fibrome heureusement guérie.

Je publierai plus tard plus largement le manuel opératoire et les observations.

(Journal des Praticiens.)

Séance du 28 février. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

GROSSESSE AVEC LIQUIDE AMNIOTIQUE ABONDANT PRISE POUR UN KYSTE CHEZ UNE FEMME DÉJA OPÉRÉE D'OVARIOTOMIE.

M. Reverdin (Genève). — J'avais déjà opéré une femme de vingt-quatre ans d'un énorme kyste de l'ovaire lorsque, dix-neuf mois après cette ovariotomie, elle revenait me trouver porteur d'une nouvelle tumeur liquide de l'abdomen, qui remontait au-dessus de l'ombilic. Pensant à un nouveau kyste, j'ai fait une nouvelle laparotomie ; j'ai trouvé de nombreuses adhérences de l'intestin à la paroi abdominale ; celles-ci rompues et une anse d'intestin malade, que j'avais perforée pendant ces manœuvres, ayant été réséquée sur une longueur de douze centimètres, j'ai pu attirer au dehors une tumeur fluctuante sillonnée de quelques grosses veines et ayant peu l'apparence d'un kyste ovarique. En présence du diagnostic hésitant, je me décidai à vider en partie la poche par une ponction avec le bistouri : il en sortit tout d'abord un liquide louche et rougeâtre, puis on vit faire hernie un cordon et un placenta. Comme les parois de l'utérus présentaient un extrême amincissement j'ai cru devoir pratiquer immédiatement l'hystérectomie abdominale avec la résection de l'ovaire restant. Guérison rapide sans incident.

RUPTURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE ; SA RECONSTITUTION PAR UN PROCÉDÉ SPÉCIAL.

M. Routier. — Il y a deux ans, une jeune femme de vingt-deux ans, qui avait accouché deux fois et qui avait été déchirée au premier accouchement, se présentait à moi dans l'état suivant : la vulve et le rectum étaient transformés en un cloaque ; la muqueuse de la face postérieure du rectum venait faire une grosse saillie à la vulve et fermait cette déchirure qui avait bien six centimètres de hauteur ; les plis radiés de l'anus n'existaient plus que dans la demi-circonférence postérieure de l'orifice.

Estimant que la déchirure recto-vaginale était trop grande pour être justiciable des procédés simples, de celui de L. Tait ou d'Emmet, en particulier, j'ai cru devoir d'abord reconstituer le rectum et le sphincter dont on voyait le vestige dans le demi-cercle restant des plis radiés.

Allant de gauche à droite, j'ai mené une incision du point où j'ai pensé devoir subsister le bout du sphincter, sur le bord de la déchirure recto-vaginale, empiétant sur la muqueuse vaginale, et toujours à un ou deux millimètres de la muqueuse du rectum. J'ai pu ainsi décoller le vagin du rectum sur une étendue de trois ou quatre centimètres, puis, rendant profondes les deux parties de l'incision qui étaient parallèles aux bords du rectum, j'ai pu arriver à mobiliser les parois rectales comme deux valves, que j'ai rabattues l'une vers l'autre, et suturées à la Lembert, formant dans le rectum une crête constituée par les bords des parois rectales, emportant avec elles le millimètre de muqueuse vaginale.

J'ai fait trois plans de sutures perdues à la soie fine, et ai ainsi reconstitué un rectum avec sphincter ; après quoi, avivant les parties latérales de la vulve, comme Emmet, j'ai suturé, comme Emmet, avec quatre fils d'argent ou de soie et quelques complémentaires. A la suite de cette opération, la malade a été complètement guérie.

(*Le Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE.

Séance du 22 janvier 1894.

—

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

M. Verchère. J'ai à vous présenter deux cas de cloisonnement transversal du vagin. Voici ces deux cas :

Le premier a trait à une fille de mauvaise santé dont je vous montre le moulage. On distingue sur ce moulage une disposition anormale qui indique le cloisonnement.

Une seconde fille, également observée par moi, présente un raphé médian. Il ne faut pas confondre ces raphés avec des hymens multiples comme on en observe quelquefois.

M. Hureau de Villeneuve. J'ai observé une fille qui avait deux

vagins séparés par une cloison médiane. Chacun de ces vagins était terminé par un utérus. Les deux utérus ne fournissaient pas leurs menstrues le même jour, car l'utérus gauche était constamment en retard de trois jours sur le droit.

J'ai également observé un jeune garçon de dix-sept ans qui se montrait dans les foires sous le nom de Fernando. Il avait trois jambes, deux latérales et une médiane. La jambe médiane portait dix orteils, ce qui indique qu'elle était formée par l'accollement de deux jambes soudées. Il avait deux verges et quatre testicules. La miction, l'érection et l'éjaculation se faisaient simultanément par les deux verges.

M. Philbert. J'ai également observé ce phénomène et la description qui vient d'en être faite est fort exacte.

M. Bar. On ne peut pas confondre le cloisonnement avec les hymens multiples. Beaucoup d'hymens, au lieu d'être simples, présentent des malformations et un cloisonnement.

M. Verchère. L'hymen est un vestige d'un cloisonnement de l'urèthre.

M. Schwartz. J'ai observé un cas de cloisonnement du vagin en forme de grillage. Cette jeune femme avait en même temps une hernie inguinale. J'ai fait la cure radicale de la hernie et du cloisonnement vaginal.

J'ai aussi observé une femme à utérus double ; j'en apporterai prochainement l'observation à la Société. — A. Hureau de Villeneuve.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 janvier 1894.

CHIRURGIE CONSERVATRICE DES OVAIRES. IGNIPUNCTURE PAR VOIE ABDOMINALE ET PAR VOIE VAGINALE.

M. Rouffart. — Après avoir rappelé les travaux de Pozzi, les recherches de Pilliet et Paul Petit sur les lésions œdémateuses et microkystiques des ovaires et sur les modifications scléreuses que peuvent subir ces organes, M. Rouffart rapporte plusieurs observations de malades atteintes de dégénérescence micro-kystique ovarienne et chez lesquelles il a pratiqué l'ignipuncture soit par l'élytrotomie, soit par la laparotomie.

Voici comment il opère quand il intervient par la voie vaginale.

Après les soins ordinaires en pareil cas, il incise le cul-de-sac postérieur, comme dans l'élytrotomie, puis avec deux doigts introduits dans l'incision, il attire dans le vagin l'ovaire et la trompe ; il fait rentrer la trompe dans l'abdomen après s'être assuré de son intégrité, il entoure l'ovaire d'une compresse aseptique et enfonce dans sa profondeur la petite lame du thermocautère portée au rouge sombre. L'ovaire, ainsi traité autant de fois que cela est nécessaire, est replacé dans l'abdomen ; il introduit dans le Douglas une mèche de gaze iodoformée, s'il y a un peu de suintement, et un tamponnement vaginal. L'opération est de très courte durée et plus conservatrice encore que celle de Pozzi puisqu'elle conserve à la paroi abdominale son intégrité complète. Cette intégrité a de l'importance, car dans ces affections de l'ovaire, il y a un état nerveux que la splanchnoptose aggraverait si une éventration survenait. M. Rouffart ne croit pas qu'il faille considérer comme une infériorité de ce procédé, le fait qu'il ne permet pas, comme après la laparatomie, de pratiquer le cathétérisme de la trompe. En effet, par la palpation on peut s'assurer de la perméabilité de l'oviducte et de l'inutilité de le cathétériser. M. Rouffart ne pense pas que le fait d'attirer l'ovaire dans le Douglas puisse être accusé de produire le prolapsus ovarien. Il attribue ce polapsus, non à une traction exercée sur l'organe, mais à un manque de tonicité des ligaments. Le varicocèle pelvien jouerait dans l'étiologie de cette lésion, un rôle important. Dans le cours d'une opération, on exerce sur l'ovaire une action brusque qui met en jeu la contractilité des fibres musculaires lisses et qui est sans influence sur la solidité des moyens de fixité de l'organe.

M. Gallet rappelle l'observation d'une malade, présentée à la Société au mois de septembre de l'année dernière. Il avait pratiqué chez cette femme, la salpyngectomie à droite pour pyo-salpynx et l'ignipuncture ovarienne à gauche pour dégénérescence microkystique ; la malade fut complètement guérie et deux mois après, elle était enceinte ; elle a mis au monde, à terme, un enfant bien portant et l'accouchement s'est fait sans grands incidents. M. Gallet a pratiqué une fois l'ignipuncture par la voie vaginale; M. Jacobs, d'autre part, l'a pratiquée avec succès un certain nom-

bre de fois. A la suite de l'opération qu'il a faite — ignipuncture de l'ovaire gauche après salpyngectomie à droite — M. Gallet a constaté un prolapsus ovarien très marqué et qui semble actuellement une cause de beaucoup de douleurs, au point que probablement, il faudra recourir à l'hystérectomie.

M. Rouffart revient sur l'opinion qu'il a défendue au point de vue du mécanisme du prolapsus de l'ovaire : congestion passive de l'organe, véritable varicocèle pelvien.

M. Depage partage l'avis de M. Gallet et croit qu'en exerçant des tractions sur l'ovaire à travers le vagin on peut produire le prolapsus de cet organe ; quant aux varicocèles pelviens, dont parle M. Rouffart, il n'en comprend ni la formation, ni l'influence.

M. Depage entre ensuite dans quelques considérations au point de vue de l'histologie de l'ovaire scléro-kystique et du mécanisme de la guérison des dégénérescences microkystiques par l'ignipuncture. Cette pratique lui paraît beaucoup plus rationnelle que la castration, laquelle doit être rejetée d'une façon absolue pour les ovaires scléro-kystiques simples. Toutefois, il ne considère pas la cautérisation comme le moyen curatif idéal des ovaires scléro-kystiques ; il ne croit pas qu'elle puisse donner une guérison définitive. En effet la cautérisation produit uue escharre à laquelle succède un tissu fibreux qui augmente encore la résistance de la couche corticale de l'ovaire ; d'autre part, de nouveaux follicules mûrissent et au bout d'un certain temps les kystes semblent devoir se produire.

M. Rouffart croit qu'à l'escharre qui se cicatrise aseptiquement, doit faire suite un tissu granulo-graisseux, non fibreux, et qu'il n'y a pas de reproduction des phénomènes. Il démontrera ce fait sur des ovaires de lapins.

(*La Clinique de Bruxelles*).

MEDICAL SOCIÉTY DE LONDRES.

Séance du 5 février.

KYSTES SUPPURÉS DE L'OVAIRE OUVERTS DANS LE RECTUM.

M. Harrison Cripps a relaté à la *Medical Sociéty* de Londres (5 février) quatre observations de kystes suppurés de l'ovaire ouverts dans le rectum.

1er *cas.*— Femme de 26 ans qui se plaignait de douleur dans la fosse iliaque gauche ; à ce niveau, on constata bientôt un empâtement mal défini. Quelque temps après la malade rendit brusquement par le rectum une certaine quantité de pus. En examinant le col utérin on le trouva déplacé à gauche et dans le cul-de-sac gauche on sentait une tuméfaction. Par le toucher rectal on percevait sur la paroi rectale une perforation avec des bords irréguliers. On porta le diagnostic de kyste ovarien suppuré s'étant ouvert dans le rectum. La poche kystique fut drainée par le vagin et bientôt l'ouverture existant au niveau du rectum s'oblitéra. La malade quitta l'hôpital ; elle y revient quelque temps après, l'on fit une laparotomie et l'on trouva un kyste derrière le ligament large gauche. Derrière ce kyste il en existe un second. Tous deux furent enlevés, et la malade guérit complètement.

2e *cas.*— Femme de 32 ans ayant, comme la précédente, rendu du pus par le rectum. On sentait, chez cette malade, une masse dure derrière et à droite de l'utérus. On fit une laparotomie et on trouva un kyste du ligament large adhérant fortement à la vessie et au rectum, on l'enleva et la malade guérit complètement.

3e *cas.* — Femme de 30 ans chez laquelle un kyste fœtal tubaire s'était ouvert dans le rectum. Cette malade avait été prise brusquement de douleurs de l'abdomen ; celles-ci s'étant montrées à différentes reprises et sous forme d'attaques violentes une laparotomie fut faite. On trouva un kyste fœtal développé dans la trompe et communiquant avec le rectum par un petit orifice. La trompe fut ligaturée et le kyste fut enlevé. Guérison.

4e *cas.* — Femme de 30 ans ayant eu une péritonite dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital. On sentait, au moment de l'admission, une tumeur du volume d'une pomme dans la partie droite du petit bassin. On ouvrit l'abdomen et l'on trouva un kyste du ligament large qui fut enlevé. Le kyste communiquait avec le rectum, ainsi qu'on le constata plus tard. La perforation du rectum avait échappé au moment de l'opération. Cette malade mourut sept jours après l'opération.

Ces quatre cas de kystes ovariens suppurés ouverts dans le rectum sont les seuls que M. Harrison Cripps ait observés sur plus de cent ovariotomies qu'il a faites. M. Cripps pose aux membres de la Société les deux questions suivantes : 1° faut-il, dans les cas

de ce genre, faire une laparotomie quand il existe une communication entre le kyste ovarien et le rectum ? 2° quand la laparotomie est faite, quel est le meilleur moyen de traiter la perforation du rectum ?

M. GOODSALL pense que, dans le quatrième cas, il eût été avantageux de faire une colotomie inguinale, afin de permettre à la perforation rectale de s'oblitérer.

M. CULLINGWORTH a observé six fois l'ouverture d'un kyste suppuré de l'ovaire dans le rectum, deux fois dans le vagin, une fois dans le col de l'utérus et une fois dans la vessie. Dans un premier cas, M. Cullingworth, après avoir fait une laparotomie, sutura la poche kystique à la paroi abdominale et y plaça un drain à demeure. La malade a guéri. Depuis, il a essayé d'enlever toute la poche suppurante ; la guérison a suivi cette intervention. Il semble donc que, dans les cas de ce genre, la meilleure conduite à tenir est de faire une laparotomie et d'enlever le kyste. La perforation rectale s'oblitérera d'elle-même consécutivement.

M. ROUTH pense que, si le kyste est facilement accessible par le vagin ou par le rectum, il est préférable de la ponctionner par l'une ou l'autre de ces voies. Une seule ponction suffit quand le liquide du kyste n'est pas virulent. Dans d'autres cas un drainage est nécessaire.

(*Le Bull. méd.*)

CINQUIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES.

Saint-Pétersbourg (8 à 17 janvier 1894).

DE L'HYSTÉROMYOMECTOMIE SUS-VAGINALE SIMPLIFIÉE.

M. DMITRI DE OTT (de Saint-Pétersbourg.) — J'ai apporté au procédé opératoire généralement employé pour l'hystéromyomectomie sus-vaginale une série de modifications ayant pour but d'assurer une asepsie aussi parfaite que possible au cours et à la suite de l'intervention, de prévenir l'hémorrhagie post-opératoire et d'abréger autant que faire se peut la durée de l'opération elle-même.

Voici comment j'ai l'habitude de procéder :

La malade étant chloroformisée, après avoir soigneusement désinfecté le vagin à l'aide d'une solution de sublimé à 1/200°, je fais,

à l'aide d'une curette tranchante, le curetage de la cavité cervicale ainsi que du segment inférieur de l'utérus. Si le canal cervical est trop étroit et que l'instrument ne puisse le franchir, j'en fais la dilatation immédiate au moyen du dilatateur d'Hegar. Le curettage étant terminé, je désinfecte la cavité cervicale avec la même solution de sublimé, après quoi je cautérise la surface interne du col aussi haut que possible à l'aide du thermocautère Paquelin. Je termine ce temps opératoire, qui ne dure qu'une dizaine de minutes, en bourrant le vagin de gaze iodoformée.

Je pratique ensuite l'incision de la paroi abdominale ; j'attire au dehors la tumeur formée par la matrice fibromateuse, je fais la ligature des ligaments larges, que je sectionne partiellement. Après avoir assuré la constriction du pédicule, à l'aide d'un lien en caoutchouc ou d'un fil de soie solide, j'ampute l'utérus suivant un plan perpendiculaire à son axe vertical, je cautérise la partie supérieure de la cavité du col utérin qui reste après l'opération, et je touche superficiellement toute la surface de section avec le thermocautère.

Enfin, je passe au pédicule, d'avant en arrière, à un demi-centimètre ou un centimètre environ plus bas que la surface de section, dans le voisinage du canal cervical, deux fortes ligatures l'une à droite, l'autre à gauche, et nouées respectivement du côté où elles sont appliquées : ces deux ligatures étreignent ainsi en deux portions, droite et gauche, presque toute la masse des tissus du col utérin. Placées ainsi, ces ligatures ne compriment point le canal cercival, qui reste perméable dans toute sa longueur ; je ferai remarquer qu'il reste également, en avant et en arrière, deux petites portions de tissu utérin non comprises dans les ligatures. Si le col était par trop volumineux et que l'on eût à craindre une hémorhagie provenant de ces portions de tissu non liées, il suffirait, avant de serrer les deux premières ligatures, d'en placer deux nouvelles coupant les premières à angle droit pour assurer ainsi une hémostase complète.

Les avantages de cette manière de placer des ligatures consistent en ce fait qu'elles comprennent sans exception tous les vaisseaux sectionnés qui viennent s'ouvrir à la surface du moignon, et que le canal cervical n'est pas comprimé, comme dans le procédé de Kocher, mais reste ouvert pour le libre écoulement des sécrétions.

Le lien constricteur étant ensuite enlevé, ainsi que la gaze qui tamponnait le vagin, à l'aide d'une longue sonde munie d'un œil à l'une de ses extrémités, j'introduis de haut en bas, dans toute la longueur du col utérin, une mèche de gaze iodoformée dont j'étale la partie supérieure sur la surface de section. Aussitôt après l'opération, je tamponne de nouveau le vagin avec de la gaze fraiche. Le moignon étant replacé dans le ventre, je suture l'incision abdominable.

Pendant la période post-opératoire, je pratique deux fois par jour des injections antiseptiques dans le vagin ; la mèche de gaze est retirée quatre ou cinq jours après l'intervention.

Les avantages des modifications que j'ai introduites dans les temps successifs de l'hystéromyomectomie me paraissent pouvoir être résumés ainsi :

1° La durée de l'opération est considérablement réduite, grâce à la simplicité extrême de la méthode, ce qui diminue les chances d'infection pour la malade et s'oppose à la production du *shock*. Ce procédé tend, en outre, à rapprocher l'opération d'une simple ovariotomie ; la différence ne consiste que dans la manière d'appliquer les ligatures et de désinfecter le pédicule ;

2° L'antisepsie des parties est plus parfaite ; tout le canal génital est soumis à une désinfection préalable de la muqueuse par les moyens mécaniques et chimiques, emploi du fer rouge, drainage du canal cervical à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée assurant l'écoulement facile des sécrétions, etc., etc. Le traitement du moignon utérin auquel j'ai recours (cautérisation, ligature, perméabilité du col, drainage, etc.) établit une différence essentielle entre ma méthode et les procédés employés par Kocher, Zweifel et d'autres chirurgiens ;

3° L'hémostase parfaite n'est, à proprement parler, pas plus difficile à obtenir que celle qu'on réalise par la ligature du pédicule épais d'un kyste en le divisant en plusieurs parties. On peut, en outre, appliquer des ligatures isolées sur chaque bout de vaisseau un peu volumineux, en le dégageant de la masse du tissu utérin à l'aide de quelques incisions ;

4° Les soins à donner pendant la période post-opératoire ne diffèrent pas sensiblement de ceux auxquels on a recours dans les méthodes intra-abdominales ordinaires et sont d'une grande simplicité ;

5° Enfin, au point de vue statistique, sur 23 cas opérés par le procédé que je viens de décrire, je n'ai eu qu'un seul décès, soit une mortalité de 4.3 % tandis que sur 31 cas d'hystéromyomectomie par le procédé généralement usité, la proportion a été de 24 % et sur 11 cas de la paromyomectomie, de 36.1 %. J'ai donc réussi, grâce aux modifications que j'ai apportées à la méthode opératoire habituellement suivie en pareil cas, à rendre la mortalité cinq à six fois plus faible.

(*La Semaine méd.*). W. Kaplansky.

REVUE DE LA PRESSE

—

LA GONORRHÉE ASCENDANTE CHEZ LA FEMME,

par E. Wertheim.

C'est une des plus intéressantes études cliniques et bactériologiques sur le gonococcus de Neisser que le travail que vient de faire paraître Wertheim, assistant à la clinique gynécologique de Prague (1).

On sait combien le domaine des affections imputables au gonococcus s'est singulièrement élargi dans ces dernières années, grâce surtout aux travaux des gynécologistes. Bien des affections des organes génitaux de la femme, considérées, naguère encore, comme des inflammations banales, sont aujourd'hui mises sur le compte de l'agent pathogène de la gonorrhée, dont les manifestations morbides apparaissent ainsi bien plus variées qu'on ne l'avait pensé autrefois. Il est vrai qu'un grand nombre, la plupart peut-on dire, des travaux publiés sur ces diverses modalités cliniques de l'infection gonorrhéique, ne s'appuient pas sur des preuves faites pour forcer la conviction : c'est par un simple examen microscopique, sans le criterium des cultures et des inoculations, que le diagnostic du gonococcus spécifique était habituellement posé. Or, il faut une telle connaissance de ce microorganisme pour affirmer sa nature par un simple examen de préparations microscopiques, que le doute subsistait dans l'esprit de beaucoup de médecins quant à la réalité de la présence de ce microbe dans tous les cas où elle était signalée par des cliniciens. Le travail

(1) Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe,. *Archiv. für Gynaekologie*, 1892. Bd. 42 Heft 1.

de Wertheim ne mérite pas ce reproche : l'auteur a eu soin, avant d'entreprendre l'étude clinique de diverses affections des organes génitaux de la femme, de se mettre au courant de la biologie du gonococcus, de tous ses caractères morphologiques, de ses cultures, des effets de son inoculation. Et, à ce point de vue en particulier, on peut dire que, bien qu'effectuée sur le terrain clinique, l'étude de Wertheim constitue une des plus complètes monographies que nous possédions sur la bactériologie du gonococcus.

Découvert, il y a déjà plus de dix ans, par Neisser dans le pus de l'écoulement de l'urétrite virulente, le gonococcus n'acquit pas sans difficulté droit de cité dans le groupe des microparasites spécifiques. Neisser, en effet, caractérisait le gonococcus par des propriétés microscopiques tellement peu spéciales, que la confusion avec d'autres agents parasitaires banaux, vivant à l'état normal dans les voies génitales, devait être faite souvent, et fut certainement commise par bien des observateurs. Il fallut la monographie, aujourd'hui classique, de Bumm, pour faire entrer définitivement le gonococcus dans le groupe des microbes pathogènes bien définis : on sait que Bumm réussit, le premier peut-être, à obtenir des cultures pures sur sérum (le seul milieu permettant la pullulation du microbe) et à provoquer, par leur inoculation, les manifestations inflammatoires de l'urétrite aiguë. Le travail de Wertheim sur la biologie du gonococcus complète, en plus d'un point, celui de Bumm.

Wertheim n'a pas non plus réussi à obtenir des cultures pures et abondantes sur un autre milieu que le sérum humain ; il en résulte que tous les travaux des auteurs basés sur la culture du gonococcus sur gélatine ou même gélose sont à rejeter et qu'ils ont porté très vraisemblablement sur d'autres microbes que le gonocoque. Le sérum humain utilisé par Wertheim était pris dans le placenta. Non seulement Wertheim a réussi à obtenir des cultures du gonococcus en ensemençant, avec infiniment de soins, le pus blennorrhagique sur ce milieu, mais il a pu également préparer des cultures sur plaques et étudier les colonies isolées du microparasite qui lui ont servi ensuite à l'ensemencement en cultures pures.

Le gonocoque, dans ces divers milieux artificiels, conserve son aspect réniforme particulier, qui le fait déjà reconnaître, parmi les autres microbes, dans l'écoulement des urétrites virulentes. Il faut lire le travail original de Wertheim pour se convaincre du soin avec lequel ses cultures ont été étudiées, et des différences fort appréciables

que l'auteur a constatées entre les cultures du gonococcus et celles d'autres microbes banaux tels que les staphylocoques, les streptocoques, etc. Mais la partie la plus importante peut-être de cette étude de Wertheim est celle qui a trait aux résultats des inoculations des cultures. Celles-ci ont été semées dans la fosse naviculaire d'individus atteints de démence. Le résultat a été la production d'une urétrite à gonocoques.

Il ne peut donc subsister de doute sur la réalité de l'action pathogène du gonococcus.

—

La partie clinique du travail de Wertheim se rapporte à certaines affections gonorrhéiques de la femme, et surtout à la salpingite d'origine blennorrhagique. Pour reconnaître l'existence de celle-ci, Wertheim ne s'est pas contenté, comme on l'avait fait avant lui, de l'examen microscopique de l'exsudat (ce qui, dans beaucoup de cas, suffit déjà cependant), mais il a voulu asseoir sa découverte sur le criterium plus sûr des cultures et de leur inoculation.

L'auteur a pu ainsi s'assurer de la véritable nature gonorrhéique de plusieurs inflammations suppurées des trompes (7 observations) chez des femmes auxquelles on avait pratiqué la laparotomie. Le gonocoque existait à l'état de culture pure dans le pus et la virulence du microbe était parfaitement conservée, ainsi que l'on put s'en assurer par des inoculations chez l'homme.

Ces cas de gonorrhée des trompes ne sont certainement pas les premières observations publiées sur ce sujet : la littérature gynécologique en compte déjà un très grand nombre. Mais les faits de Wertheim ont un intérêt spécial en raison des diverses épreuves effectuées pour la caractérisation nette du microbe pathogène.

La virulence du gonococcus présent dans les trompes malades étant démontrée par les inoculations de Wertheim, la réalité du danger de l'atteinte du péritoine, en pareil cas, devenait une très grande probabilité. L'auteur a longuement étudié cette question si importante de la péritonite blennorrhagique.

Des inoculations de cultures pures de gonococcus ont été faites à des animaux, souris blanches, cobayes, lapins et chiens. C'est chez les souris que les résultats les plus positifs ont été observés : le péritoine de cet animal est très sensible au gonocoque. Celui-ci a été retrouvé non seulement à la surface de la séreuse, mais dans les couches profondes de celle-ci : la trame du péritoine, envahie par des glo-

bules de pus, montrait en de nombreux points, des foyers de gonococci disposés là en longues traînées (fig. 11 du travail) et souvent englobés dans les cellules.

Le gonocoque peut donc provoquer l'inflammation expérimentale du péritoine. La pénétration du microbe dans les couches profondes de la séreuse est des plus importantes à constater car elle explique comment le gonococcus peut être traîné à distance par les lymphatiques et produire des lésions lointanes là où il aura été déposé par la circulation.

La virulence des gonocoques contenus dans les trompes, leur pénétration dans les parois de celles-ci démontrée par Wertheim constituent un grand danger pour le péritoine ; de plus, pendant l'opération de la salpingotomie, il est à craindre qu'une goutte de pus gonorrhéique ne s'écoule dans le péritoine si sensible à l'action du microbe. Ce sont là des dangers sur lesquels l'auteur insiste fort justement, et plus d'un cas de périmétrite à la suite de l'extirpation des trompes utérines gonorrhéiques doivent être mis sur le compte du gonococcus.

Wertheim a étudié également l'effet de l'inoculation du gonocoque sous la peau : il a noté la production d'inflammations érysipélateuses, sans suppuration.

Des diverses constatations qu'il a faites, l'auteur conclut qu'on a tort d'invoquer, comme on le fait souvent les infections secondaires par des microbes inflammatoires différents du gonocoque, pour expliquer certaines complications de la blennorrhagie. Le microbe de Neisser est susceptible de manifester son activité de façons très diverses et dans les tissus les plus variés. Certes, il y a des infections secondaires qui se produisent à la suite de la blennorrhagie, mais, d'après Wertheim, le gonococcus joue un rôle beaucoup plus grand qu'on ne l'a pensé dans ces processus secondaires. Il rapporte, entre autres cas, l'observation d'une fille de 16 ans, chez laquelle se développa, à la suite d'une urétrite à gonocoques, une affection des ovaires : ceux-ci, enlevés par la laparotomie, montrèrent, en effet, des foyers purulents contenant des gonocoques caractéristiques.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, juin 1892.)

DIAGNOSTIC DES MÉTRORRHAGIES.

Définition. — C'est l'écoulement de sang par la matrice. La menstruation est une métrorrhagie régulière, physiologique.

Etude clinique.

1° *Début.* Il n'est marqué par aucun signe dans certains cas dans d'autres, au contraire, il existe des prodromes qui sont locaux, ou généraux. — A, *locaux* : pesanteur hypogastrique, gêne, tension, douleur gravative dans le bas-ventre, les lombes, la face interne des cuisses, la région sacrée, prurit vulvaire. Tous ces premiers accidents sont augmentés par la marche, la station debout, la fatigue, les efforts. — B, *généraux* : courbature générale, bouffées de chaleur, nausées, vomissements, palpitations, défaillance, etc... Il peut y avoir ou non de la fièvre, symptôme important pour le diagnostic.

2° *Evolution.* — Puis l'hémorrhagie commence. Quels sont ses caractères ?

A. *Qualités du sang examiné dès qu'il sort des voies génitales.* —De deux choses l'une : ou bien il est pur, et alors il est rouge, coloré ; ou bien il est plus ou moins dilué dans le mucus, le pus, la sérosité, et alors il est pâle, « *diffluent* ». En tout état de cause, il peut être odorant ou non odorant. Mais le sang de la métrorrhagie a la plupart du temps une odeur spéciale, ce qui tient à ce qu'il est toujours, même quand il paraît pur, mélangé aux produits de sécrétion des voies génitales. (Les anciens disaient du sang utérin qu'il : « aigrissait les vins nouveaux par ses vapeurs, qu'il stérilisait les semences, faisait mourir les greffes des arbres, desséchait les fruits, brûlait les jeunes plantes, ternissait la glace des miroirs, émoussait la pointe du fer, effaçait la beauté de l'ivoire, tuait les abeilles, rouillait le cuivre, infectait l'air et enrageait les chiens ». Les hommes, y compris les savants, ont changé d'avis.)

B. *Qualités du sang examiné quelques instants après son issue hors des voies génitales.* — Il se coagule quand il est à peu près pur ; il ne se coagule pas quand il s'écoule avec lui des liquides utérins et tubaires anormaux.

C. *Nature de l'hémorrhagie.* — Deux cas se présentent : ou bien le sang s'écoule par la vulve ; ou bien il reste dans l'utérus. Quand il s'écoule, on constate que l'hémorrhagie est, suivant les cas, continue ou intermittente, faible ou abondante, douloureuse ou non, s'accompagnant ou non de contractions utérines (tranchées). Quand

le sang ne s'écoule pas immédiatement, il s'amasse dans la cavité utérine qu'il peut remplir plus ou moins ; il s'y coagule et est expulsé plus tard, au bout d'un temps variable, par des contractions douloureuses du muscle.

D. *Marche de l'hémorrhagie.* — Très variable. Ou bien il y a une seule perte qui dure quelques heures, puis tout rentre dans l'ordre et c'est fini ; ou bien, après une durée courte, l'hémorrhagie cesse, puis reparaît ; ou bien enfin, comme c'est le cas le plus habituel, la perte continue plusieurs jours, augmentant chaque fois que la malade se lève et marche ; enfin l'écoulement diminue de quantité et change de caractères, le sang devenant de plus en plus séreux, si bien qu'à la fin il ne sort plus des voies génitales que de la sérosité fluide tachant à peine le linge.

E. *Eléments étrangers au sang expulsés avec les caillots.* — On peut trouver : un embryon, des débris placentaires, des débris de polypes, des débris de cancer, etc., etc. ; au microscope, des cellules vaginales, des cellules utérines, des micro-organismes pathogènes et non pathogènes.

F. *Etat général.* — Très différent. Aucun trouble sérieux si l'hémorrhagie est peu abondante ; mais si une quantité de sang assez considérable s'est écoulée, la malade est faible, anémiée ; ses muqueuses sont décolorées, ses forces sont déprimées, son pouls est petit et rapide, sa respiration lente et ample ; elle a soif ; elle se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreille, etc., etc. Enfin survient, sous l'influence de l'anémie cérébrale croissante, une *période d'agitation* et de *subdélire* ; puis les extrémités se refroidissent ; la malade devient calme, immobile ; elle s'affaisse, tombe dans le collapsus et meurt.

G. *Examen de la malade.*

a. Palper abdominal. — Il ne peut fournir sur le diagnostic de la métrorrhagie elle-même d'indications utiles que si la perte a été assez abondante et si l'utérus est assez dilaté pour former un globe qu'on sent au travers de la paroi abdominale. L'exemple le plus net en est fourni par l'hémorrhagie pos-partum due à ce que l'utérus ne revient pas sur lui-même.

b. Toucher vaginal. — Le doigt sort couvert de sang.

c. Spéculum. — L'orifice du col laisse suinter du sang ; quelquefois cet orifice est occupé par un caillot ; les parois vaginales sont

couvertes de sang ; celui-ci, du reste, se répand aussi sur la vulve, le périnée, la face interne des cuisses.

d. Examen des linges. — Ne jamais oublier d'examiner les linges qui garnissent la malade. C'est ainsi seulement que le clinicien peut se rendre compte approximativement de la quantité de sang perdu.

Diagnostic.

Faire le diagnostic de la métrorrhagie, c'est : 1° s'assurer que le sang vient bien de l'utérus et non pas d'ailleurs (*diagnostic différentiel*) ; 2° chercher la cause de cette métrorrhagie (*diagnostic étiologique*).

A. *Diagnostic différentiel.* — Il faut songer à :

a. Hémorrhagie par l'urèthre. Ou bien le sang vient de l'urèthre lui-même, il suinte alors en dehors des mictions et la quantité est toujours petite, ou bien il vient des voies urinaires supérieures, et il est alors expulsé seulement pendant la miction. — *b.* Hémorrhagie par l'anus. Ou bien le sang vient de l'anus lui-même, et il suffit de regarder pour faire le diagnostic, ou bien il vient de l'intestin et il est alors expulsé dans des efforts de défécation ; en tout cas, pratiquer le toucher rectal. En fait, ces diagnostics ne se présentent, pour ainsi dire, jamais. — *c.* Hémorrhagie vulvo-vaginale. Quand une femme dit qu'elle « perd », il faut toujours, avant tout autre examen, regarder la vulve et pratiquer le toucher vaginal. On peut ainsi découvrir, soit une rupture de varices des lèvres, soit un cancer vulvaire, soit un cancer vaginal, etc.

B. *Diagnostic étiologique.* — Quand une femme se présente à l'examen, perdant du sang par la vulve et que l'examen de la région périnéale et le toucher vaginal n'ont fourni aucune indication au diagnostic, il faut, avant tout, songer aux hémorrhagies physiologiques, c'est-à-dire à une menstruation irrégulière et à la perte *post partum* ou *post abortum.*

a. — Pour la menstruation, les règles peuvent être avancées, plus abondantes (ménorrhagies), prolongées ; elles peuvent, ayant disparu, reparaître quelques jours après ; elles peuvent enfin se montrer plus fréquemment (tous les quinze jours). La possibilité de ces modifications de l'hémorrhagie physiologique semble donc compliquer beaucoup la question du diagnostic ; en réalité, il n'en est rien, parce qu'on peut dire que ces troubles dans les menstrues sont déjà des hémorrhagies pathologiques, et que s'ils se répètent chez une femme ordinairement bien réglée, ils sont les prémisses de pertes plus sé-

rieuses et plus significatives, et qu'au point de vue du diagnostic étiologique ils ont presque la même valeur (exception faite pour les malades qui approchent de la ménopause).

b. — Pour l'hémorrhagie après avortement ou après accouchement, le diagnostic est facile en ce qui concerne le second cas (utérus gros, mou, à contractions périodiques, avec col dilaté), mais peut être difficile pour le premier cas, surtout s'il s'agit d'un avortement dans les premiers mois, d'autant que les malades cachent souvent la cause de leur mal.

Si aucune des deux hypothèses précédentes (troubles menstruels, accouchement à terme ou prématuré) ne mérite crédit, le clinicien devra plus complètement examiner sa malade. Or, celle-ci peut se présenter dans trois états différents : 1° elle est enceinte ; 2° elle a accouché récemment ; 3° elle n'est pas enceinte et n'a pas accouché récemment.

1° *La femme est enceinte.*

Quand une métrorrhagie se présente chez une femme grosse, le diagnostic se pose, on peut le dire, presque toujours de la façon suivante — étant donné que la persistance des règles pendant la gravidité est tout à fait exceptionnelle, si tant est qu'elle existe : — Est-ce un avortement qui s'annonce ? Est-ce une insertion vicieuse du placenta ? Est-ce un décollement placentaire prématuré ? Est-ce une grossesse extra-utérine ?

a. Est-ce un avortement qui s'annonce ? — L'hémorrhagie est ordinairement précédée de douleurs analogues à celles de la menstruation difficile ; elles siègent dans les lombes et s'irradient dans les cuisses ; il y a de la pesanteur hypogastrique, des tranchées utérines. Souvent les mouvements du fœtus ont cessé depuis plusieurs jours.

b. Est-ce une insertion vicieuse du placenta ? — L'hémorrhagie est subite et frappe la femme inopinément. Elle s'arrête d'elle-même, mais reparaît tous les huit, dix, douze jours ; enfin elle est suivie, au bout d'un temps variable, de la rupture prématurée des membranes et de l'accouchement prématuré ou de l'avortement.

c. Est-ce un décollement placentaire prématuré ? — L'hémorrhagie est d'ordinaire grave et interne. La malade perd peu de sang par la vulve, mais l'utérus surdistendu est énorme, dur comme du bois ; il existe des symptômes généraux graves (joues et muqueuses décolorées, lipothymies, pouls petit, subdélirium, etc.)

d. — Est-ce une grossesse extra-utérine ? — Pour la grossesse

extra-utérine, les règles persistent quelquefois ; l'hémorrhagie survient donc au moment de la période menstruelle habituelle et s'accompagne assez souvent d'expulsion de la caduque. Au moment de cette perte, il y a des douleurs lombaires, abdominales et des contractions utérines. Le sang est quelquefois en bouillie noirâtre (comme dans un cancer de l'estomac) ; il peut contenir aussi de la sérosité et du pus. Cette grossesse extra-utérine est douloureuse ; le kyste fœtal n'est pas situé sur la ligne médiane du corps ; les membres du fœtus sont faciles à trouver sous la paroi ; quelquefois l'exploration fait craquer les os du crâne (crépitation osseuse) ; par le palper abdominal et le toucher vaginal on distingue l'utérus du kyste fœtal.

2° *La femme a accouché récemment.*

Regarder la vulve et le vagin pour savoir s'il n'y a pas eu de déchirures ou de ruptures de varices. Si là n'est pas la source de l'hémorrhagie, il faut la chercher :

a. DANS LE DÉFAUT DE RÉTRACTION DE L'UTÉRUS, si la perte survient aussitôt après la délivrance (*hémorrhagie primitive* post-partum).

b. DANS LE DÉCOLLEMENT DE MEMBRANES OU DE DÉBRIS PLACENTAIRES restés dans l'utérus, si la perte survient quelques jours après la délivrance (*hémorrhagie secondaire* post-partum).

c. DANS LE RETOUR DES RÈGLES, si la perte survient cinq ou six semaines après l'accouchement (*hémorrhagie tertiaire* post-partum).

3° *La femme n'est pas enceinte et n'a pas accouché récemment.*

Ici deux cas se présentent : ou bien la malade est une fébricitante et le diagnostic se pose pour ainsi dire de lui-même, ou bien, au contraire, rien, dans l'état général apparent ne peut faire prévoir la source de l'hémorrhagie

1er *cas.* — La patiente peut être atteinte de variole, de fièvre typhoïde, de typhus, de scarlatine, de rougeole, etc. Il se présente, à cet égard, une cause d'erreur qu'il faut bien connaître ; toutes ces infections pyrétiques, la variole et la scarlatine en particulier, provoquent souvent l'avortement ; il ne faut donc pas confondre la métrorrhagie qui accompagne la forme hémorrhagique de ces fièvres avec celle qui peut être la conséquence de l'avortement qu'elles déterminent.

2° *cas.* — Il faut examiner les voies génitales et chercher de bas en haut, la source de la perte sanguine.

a. EXAMEN DU COL. — Il montrera, suivant les cas, un *polype* en-

gagé dans le museau de tanche, ou bien un *épithélioma* de la région cervicale. Ce diagnostic est facile. Du reste, dans le cancer, le sang est mêlé à de la sérosité fétide qui empèse le linge, etc., etc. Les ulcérations banales du col ne déterminent que des métrorrhagies cliniquement négligeables.

b. Examen du corps utérin. — Avec palper abdominal et toucher vaginal, spéculum, hystéromètre. On peut trouver : *a*. de la *métrite*, utérus gros, douloureux, dévié, pertes blanches, etc, ; *b*. un *fibrome*, se sent par le palper abdominal, utérus gros, dur, bosselé, cavité très agrandie, leucorrhée ; *c*. un *sarcome* du corps de l'utérus, affection rare, souvent prise pour un fibrome ; *d*. un *polype*. Souvent, ce n'est qu'après avoir dilaté le col utérin pendant plusieurs jours avec la laminaire qu'on peut faire le diagnostic ; alors le doigt, franchissant la filière cervicale, trouvera le corps du délit.

c. Examen des annexes. — Les lésions des annexes ne déterminent ordinairement pas de métrorrhagies, et quand celles-ci se produisent, elles dépendent alors ordinairement des altérations concomitantes de l'utérus. Ainsi, on peut voir la métrorrhagie dans : *a*. *l'ovaro-salpingite* : ce n'est guère alors qu'une ménorrhagie d'ordre réflexe ; *b*. dans le *kyste de l'ovaire*, où elle est exceptionnelle et où elle reconnaît sans doute la même origine ; *c*. dans *l'hémato-salpinx*, quand la poche tubaire vide son contenu par l'ostium uterinum ?

d. Examen de l'appareil circulatoire. — Quand l'examen de l'appareil génital n'a fourni aucun renseignement, c'est à l'appareil circulatoire qu'il faut s'adresser. Ainsi, l'on pourra expliquer quelquefois la métrorrhagie par : *a*, *une tumuer* comprimant la veine cave inférieure dans l'abdomen ; *b*, un *rétrécissement mitral*.On sait que chez la jeune fille atteinte de rétrécissement mitral congénital, la métrorrhagie et les troubles menstruels font assez souvent partie des premiers symptômes qui annoncent la maladie.

e. Examen des viscères et de l'état général. — En dernière analyse, il faut interroger les viscères (*rate*, *foie*, *reins*) quand on ne découvre pas l'origine de l'hémorrhagie. Au reste, dans tous ces cas, la métrorrhagie ne sera pas ordinairement isolée. Elle ne le sera pas non plus quand elle sera produite par une maladie générale telle que le *purpura*, le *scorbut*, la *leucocythémie*, *l'hémophylie*, la *maladie de Werloff*, etc.. C'est quand on n'aura pu rien découvrir dans l'interrogatoire clinique dont la formule vient d'être donnée,

qu'il faudra se rabattre sur une *hémorrhagie neuropathique* (hystérie, etc.)

X. Y.

(Gazette médicale de Paris.)

ABSENCE DU VAGIN.

La nommée Marie A..., vingt-cinq ans, mariée, domiciliée dans un village de l'Hérault, entre, dans les premiers jours d'avril 1893, dans le service de la Clinique gynécologique pour se faire débarrasser, dit M. Puech, d'une « bride vaginale » qui gêne les rapports sexuels. Depuis trois ans qu'elle est mariée, ces rapports ont toujours été pénibles et douloureux ; l'appétit sexuel est nul.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Elle a onze frères ou sœurs, tous bien portants. Elle est née d'une grossesse gémellaire ; sa sœur jumelle jouit d'une parfaite santé. Elle n'a jamais entendu dire qu'aucun des membres de sa famille ait été atteint de quelque vice de conformation. Pas de maladies antérieures.

La première menstruation s'est établie à dix-huit ans. Cette menstruation s'est depuis lors montrée irrégulièrement, manquant parfois deux et trois mois, et chaque fois s'est accompagnée de phénomènes douloureux. Le sang menstruel, au dire de la malade, que nous n'avons pu malheureusement observer au cours d'une de ses époques ne s'écoulait pas d'une façon continue ; c'est seulement sous l'influence des efforts de miction, dont les besoins se répètent alors fréquemment, qu'il est expulsé, mélangé avec de l'urine. En dehors de ces périodes, la miction se fait très normalement ; elle n'est pas plus fréquente que chez les autres femmes ; les urines sont parfaitement gardées.

L'aspect général n'offre rien de particulier : c'est une femme de petite taille, un peu nerveuse, de complexion moyenne. Les seins sont peu volumineux ; le mamelon, bien développé, est très saillant.

A une première inspection, rien ne peut faire songer à l'existence d'un vice de conformation ; les organes génitaux ont une apparence tout à fait normale ; le pénil est peu proéminent ; les poils sont régulièrement disposés ; les grandes lèvres ont un développement moyen ; les petites lèvres sont normales ; le capuchon du clitoris est légèrement exubérant ; la fourchette bien marquée.

Si l'on écarte les petites lèvres, on aperçoit un orifice rappelant l'o-

rifice hyménéal. Par cet orifice on introduit aisément le doigt qui, à 4 centimètres perçoit une résistance produite par une sorte de bride semi-lunaire située à la face postérieure du conduit. Ce point résistant franchi, le doigt se trouve dans une large cavité.En le recourbant en crochet, on sent très nettement en avant la face postérieure de la symphyse du pubis, dont on reconnaît le relief formé par le cartilage inter-articulaire. — La paroi postérieure paraît tomenteuse, parsemée d'inégalités. — En arrière et à droite, le doigt sent à travers la paroi de cette cavité, un petit corps mobile que la main, appliquée sur la paroi abdominale, rapproche du doigt intérieur et qui nous a paru être un petit utérus ou des annexes. — Le doigt, porté à gauche, sent également un second petit corps mobile, dont il est difficile de préciser la nature.

Le toucher, pratiqué avec deux doigts, montre que la bride semi-lunaire appartient à un orifice circulaire, dont elle représente environ la demi-circonférence inférieure.

Pendant cette opération, il s'écoule une certaine quantité d'urine. L'examen minutieux de la région ne permet pas de découvrir un orifice autre que celui par lequel le doigt a pénétré dans cette grande cavité rétro-pubienne qui est la vessie.

Nous en concluons donc qu'il y a absence du vagin et que le canal pris d'abord pour cet organe, n'est pas autre chose que le canal de l'urètre élargi sous l'influence de rapports sexuels répétés, aboutissant à une éjaculation intra-vésicale. La bride postérieure semi-lunaire appartenait au sphincter vésical.

Le toucher rectal, pratiqué alors que l'index de l'autre main était laissé dans le canal de l'urètre, permet de se rendre compte de la faible épaisseur du tissu interposé entre la paroi urétrale et la paroi rectale, qui sont en contact.

Ce cas était au-dessus des ressources de l'art. Malgré notre désir de l'observer encore pendant quelque temps, la malade a quitté le service presque aussitôt, sans que nous ayons pu assister à une de ces hémorragies cataméniales dont j'ai rappelé au début les caractères.

Suivant toute probabilité, cet écoulement sanguin est le fait d'une hémorragie vésicale complémentaire. (*Nouv. Montp. Médical.*)

FISTULE VAGINO-INTESTINALE

M. Narath a présenté, à la Société Império-Royale des Médecins de

Vienne, une femme de trente-deux ans, qu'il a opérée pour une fistule faisant communiquer l'intestin grêle avec le vagin. Cette femme avait dû être accouchée artificiellement d'un fœtus macéré ; elle resta alors six semaines au lit, perdant par le vagin un liquide trouble, séro-purulent. Quand elle se leva et prit des aliments solides, elle s'aperçut qu'une partie de ces aliments, à peine digérés, faisaient issue par le vagin. Le toucher vaginal simple n'ayant pas donné de résultats, la malade fut endormie, mais on ne put saisir le col de l'utérus avec aucun spéculum. Le vagin avait pris une longueur très grande et son fond se trouvait dévié vers le côté droit ; à la région iléo-cæcale on sentait une tumeur dure, grosse comme une pomme, qui paraissait être l'utérus.

Le 28 juillet, on fit la laparotomie ; on pratiqua une incision verticale qui, partant de la symphyse, dépassait l'ombilic à la région lombaire droite. La tumeur était bien constituée par l'utérus hypertrophié et immobilisé par du tissu cicatriciel englobant le col. Derrière l'utérus se trouvait un paquet d'anses intestinales et du tissu cicatriciel qu'on pouvait atteindre au moyen d'une sonde introduite dans le vagin. Un mètre plus haut, une autre anse intestinale adhérait aussi au vagin.

Ces adhérences intestinales appartenant l'une au jéjunum, l'autre à l'iléon, ne purent être détachées ; il fut même impossible de déterminer quelle anse intestinale était le siège de la fistule. M. Narath réséqua alors les deux anses, et rétablit la continuité de l'intestin par deux sutures circulaires. Les quatre bouts intestinaux appartenant aux deux anses réséquées furent suturés à la paroi au niveau de la plaie abdominale.

En injectant un liquide dans le vagin, on le voyait faire issue à la fois par ces quatre orifices ; au bout de dix jours, le liquide ne sortait plus que par ceux appartenant au jéjunum. Actuellement, l'anse de l'iléon est réduite à l'état de simple trajet par lequel on peut arriver à palper l'utérus ; il va être détruit à l'aide de la pince de Dupuytren.

Ces lésions étaient vraisemblablement dues à un phlegmon du ligament large suppuré et ouvert de deux côtés à la fois.

M. Latzko rappelle à ce sujet qu'il a vu une fistule allant du vagin à l'intestin grêle ; elle était consécutive à une plaque de gangrène de la paroi vaginale provoquée par la présence d'un pessaire.

(*Gazette de Gynécologie*).

TROUBLES DOULOUREUX DE LA MICTION D'ORIGINE UTÉRINE.

M. le Dr Loumeau rapporte deux cas de fréquence douloureuse de la miction causée par l'hyperhémie de l'utérus. Dans le premier cas, cette hyperhémie était produite par la cautérisation à outrance du col avec la pierre infernale ; dans le second, par la seule congestion menstruelle, d'autant plus efficace ici, qu'il s'agissait d'une multipare dont l'utérus, resté gros, conservait un état plus ou moins marqué de subinvolution.

La suppression des cautérisations utérines a suffi chez la première malade pour guérir la cystalgie. Quant à la seconde, elle a été manifestement soulagée par la saignée du col : on peut espérer que l'âge critique amènera une guérison définitive.

(*Société de méd. et de chir. de Bordeaux*).

PARALYSIE FACIALE DOUBLE ET PERSISTANTE DÉVELOPPÉE A LA NAISSANCE A LA SUITE D'UNE APPLICATION DE FORCEPS.

M. Edgeworth a observé, à l'hôpital des Enfants de Bristol, un cas de paralysie faciale bilatérale consécutive à une application de forceps.

Il s'agit d'une fillette de sept ans qui fut admise à l'hôpital le 20 avril 1893. La mère de l'enfant avait eu une couche très pénible ; le travail avait duré trois jours et l'accouchement avait dû être terminé, non sans difficulté, par une application de forceps.

Au moment de l'entrée on constatait, chez la petite malade, une paralysie faciale double. (Les signes de cette paralysie sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'insister sur sa description.) Complète dans la partie supérieure de la figure, la paralysie était incomplète dans la moitié inférieure.

Le traitement n'a produit aucun résultat ; les courants continus, les courants interrompus n'ont amené aucune modification du côté des muscles paralysés.

La paralysie faciale, déterminée par une application de forceps, est d'ordinaire unilatérale et passagère. Elle est bien exceptionnellement bilatérale. On a publié quelques cas de paralysie unilatérale permanente, mais il n'existe pas jusqu'ici de paralysie faciale double et permanente, consécutive à une application de forceps.

(*Brit. Méd. Journal.*)

QUELQUES COMPLICATIONS DU TRAVAIL ET DES SUITES DE COUCHES PAR LES CARDIOPATHIES,

Par H. Villepraud (*Thèse de Paris*, 1893).

Les rapports réciproques de la grossesse et des maladies du cœur ont été l'objet d'études nombreuses. L'auteur passe en revue les accidents survenus chez les cardiopathes pendant et après l'accouchement. Ces accidents consistent dans l'asystolie qui s'aggrave peu à peu ou rapidement, dans les phénomènes asphyxiques qui surviennent dans les heures suivant l'accouchement, ou quelques jours après ; enfin, on observe encore des syncopes et des hémorrhagies.

Le traitement est *préventif :* repos dans les derniers mois de la grossesse. Il est *curatif*: large saignée contre les accidents asystoliques et asphyxiques, emploi des toniques du cœur, de la caféine, etc.

L'embolie pulmonaire est encore à craindre. Ewald prétend avoir pu sauver une malade atteinte d'une embolie d'un gros tronc de l'artère pulmonaire, en pratiquant toutes les cinq minutes une injection de 0,20 centigr. de camphre. Il arriva ainsi à la dose de 2 gr. 50. Voici une solution qu'on peut employer en injections hypodermiques :

Huile d'amande douce purifiée....	18 cent.	cubes
Ethêr........................	2	—
Camphre......................	4	—

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL CONSÉCUTIFS AUX TRAUMATISMES DE LA TÊTE, AVANT, PENDANT ET IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

M. le Dr Wulff signale des faits de ce genre observés dans les antécédents des idiots dans 198 cas sur 1.436 (13,8 p. 100). Il a trouvé en pourcentage, les traumatismes intra-utérins 6,1 fois. Il note les circulaires du cordon avec asphyxie dans 6,1 p. 100 des cas ; ces deux causes réunies 1,5 p. 100.

Les accouchements laborieux par le forceps avec compression de la tête 19. Le travail prolongé avec intervention médicale 13,6 ; le travail très prolongé 22,7 et suivi d'asphyxie (dans les présentations du sommet ou du pelvis) 23,7 ; l'accouchement précipité avec chute sur la tête 2,5 ; les traumatismes dans la première année de la vie 4,5.

Enfin, il y avait 21,7 p. 100 d'épileptiques et 51 p. 100 des malades ayant des antécédents héréditaires.

Néanmoins, 37 malades sur 100 sont éducables.

(*Journal. d'Accouch.*)

UN CAS DE CANCROÏDE DE LA PORTION VAGINALE DU COL,

Par le Dr SIECHEIM.

(*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 24.)

L'intérêt de l'observation relatée par l'auteur réside dans ce fait que chez une femme de 59 ans, une vaste infiltration cancéreuse du vagin avec destruction de la portion vaginale, et envahissement du paramétrium, était restée complètement latente, et ne fut découverte qu'accidentellement, lors d'une attaque d'influenza.

(*Rev. gén. de Méd., de Chir. et d'Obst.*)

ABCÈS OVARIEN BILATÉRAL,

Par le Dr EDEBOHLS.

(*New-Yorker medecin. Wochenschr.*, 1892, n° 2, p. 77.)

Les abcès bilatéraux des ovaires sont très rares, contrairement à ce qui s'observe pour la pyosalpingite. L'auteur n'en a observé qu'un seul exemple sur un total de 29 cas de vastes collections purulentes dans une ou dans deux trompes. Les autres cas se répartissent ainsi, eu égard au siège du pus :

Pyosalpingite unilatérale	2 cas.
— double	12 —
— tuberculeuse double	2 —
— et abcès ovarien du même côté	2 —
— double et abcès ovarien d'un seul côté.	6 —
Abcès dans l'un des ovaires	3 —

Dans le cas d'abcès ovarien double, il y avait en cause une infection par le gonococcus. (*Rev. gén. de Méd., de Chir. et d'Obst.*)

VARIÉTÉS

FEMMES ET BYCYCLETTES. — Le docteur W. S. White appelle l'attention sur la bienfaisante influence du sport vélocipédique sur la

femme. Il trouve que cette influence se manifeste surtout par le développement des muscles périnéaux et qu'ainsi, au moment des couches, la dilatation se fait facilement. Il a observé que chez trois dames qui montèrent en bicyclettes jusqu'au 6e mois de leur grossesse, le travail avait de ce fait été facilité ; deux de ces dames étaient primipares et avaient accouché facilement et sans déchirures.

(*Gazette de Gynéc.*)

—

Tarif d'honoraires pour les sages-femmes, a Francfort. — Voici le tarif qui vient d'être fixé pour les honoraires des sages-femmes, dans le gouvernement de Francfort-sur-l'Oder :

Pour un accouchement ou avortement ayant nécessité au plus 12 heures de présence : 3 marks (le mark vaut 1 fr. 25) ;

Pour un accouchement plus de 12 heures consécutives : 4 marks ;

Pour un accouchement de plus de 24 heures : 6 marks ;

Pour l'examen d'organes génitaux en dehors de l'accouchement : 1 mark ;

Pour une injection vaginale, un cathétérisme de la vessie ou un lavement en dehors des soins consécutifs à l'accouchement : 0m75 ;

Pour les soins à une accouchée et son enfant, par jour : 0m50 ;

Pour une application de ventouses ou la pose de sangsues : 1 mark ;

Pour une délivrance artificielle : 3 marks ;

Pour une version par manœuvres internes : 6 marks.

La sage-femme a droit au transport en voiture pour se rendre chez la parturiente ou en revenir quand le trajet dépasse deux kilomètres. Quand il s'agit d'indigents, la commune doit assurer ce transport ou en payer le prix, même si la sage-femme a fait le trajet à pied.

Comme on le voit, les sages-femmes allemandes ne sont pas privilégiées et ne s'enrichiront certes pas.

(*Journal d'accouch.*)

—

Détermination du sexe avant la naissance. — D'après les observations du docteur George Abbott, de Hamburg, N. Y., les conceptions prémenstruelles donneraient des garçons, et celles qui se produisent juste après les règles, des filles.

(*Médical Record*, 16 décembre 1893).

—

De la façon d'allaiter les enfants chez les différents peuples. — En Europe, et en général chez tous les peuples civilisés, les femmes

donnent tout leur temps à l'allaitement des enfants. Aussi, peuvent-elles s'asseoir, appuyer l'enfant sur leurs genoux, pendant qu'une main soutient la tête et que l'autre au besoin dirige le sein. L'allaitement devient alors une occupation pleine de charmes qu'ont chantée et célébrée à l'envi nos peintres et nos poètes.

Dans la vie sauvage, les nécessités de l'existence ne permettent pas de pareils loisirs ; la femme qui allaite doit continuer à travailler comme par le passé ; son seigneur et maître la force aux occupations les plus pénibles, voire même à labourer la terre. Aussi, dans une grande partie de l'Afrique, chez les Ashantis, au Quango et chez les Hottentots, les femmes portent l'enfant sur le dos serré à la taille au moyen du pagne, leur seul vêtement ; de cette façon, elles ont le libre usage des mains. Si l'enfant a envie de téter, la Hottentote lui passe la tête sous son aisselle pour qu'il puisse prendre le sein. Chez la négresse, la manœuvre est encore plus facile. Tout le monde connaît l'énorme volume que prennent chez elle les mamelles. Elles descendent comme des gourdes jusqu'au nombril. Cette disposition leur est d'une grande utilité, elle permet de passer le sein à l'enfant juché sur le dos, en le jetant soit au-dessus des épaules, soit par-dessous les aisselles. Et la femme continue son travail !

Toutes les négresses néanmoins n'emploient pas cette manœuvre. Dans l'Afrique centrale, elles ont l'habitude de porter l'enfant sur la hanche, soit qu'elles le maintiennent avec le bras, soit que, comme les Niams-Niams, elles l'amarrent solidement à leur corps au moyen d'un lacs large et transversal. La tête de l'enfant vient à l'épaule de la mère et il suffit à celle-ci d'élever un peu son sein pour qu'il lui arrive à la bouche. Les Javanaises pratiquent la même méthode, mais l'enfant repose plus commodément, le corps soutenu dans une sorte de châle prenant point d'appui sur l'épaule opposée.

Il ne faudrait cependant pas s'imaginer que nous sommes arrivés à donner les plus grandes commodités à nos enfants pour les allaiter. Les peuples de l'Asie occidentale, Gruses, Arméniens, Maronites, Tatars..., nous dépassent beaucoup sur ce point. L'enfant a-t-il envie de téter, la mère ne le dérange pas de son berceau, mais elle s'agenouille à côté et, prenant point d'appui sur la barre supérieure du petit lit, elle incline sa poitrine au-dessus de lui et lui présente le sein. L'enfant, pour s'alimenter, restant dans la même position que pour dormir.

Il ne faudrait pas croire non plus que tous les sauvages procèdent

avec le sans-gêne des négresses. Beaucoup, surtout en Amérique et en Océanie, interrompent tout travail et prennent l'enfant dans leurs bras lorsqu'il réclame le sein. Mais l'habitude des sièges est peu répandue chez les sauvages, et, pour se reposer, les femmes s'accroupissent, s'agenouillent ou croisent leurs jambes comme nos tailleurs. Dans l'attitude accroupie il est impossible de reposer l'enfant sur les genoux. La femme le maintient alors horizontalement à une certaine hauteur au moyen de ses bras croisés ; telle est la coutume dans la Colombie britannique. Les Araucaniennes et les femmes de l'Arizona se couchent à demi, les deux jambes portées latéralement du même côté et le corps droit. Elles placent l'enfant sur leurs genoux ainsi surélevés et celui-ci parvient au sein.

La durée de la lactation influe également sur la position. On sait que cette durée est variable suivant les peuples. Tandis qu'elle est de moins d'un an chez les Samoars, les Hottentots, elle est de 1 à 2 ans chez les Arméniens, les Tatars d'Erivan. Elle atteint 2 ans chez les Perses, les Marocains, les Égyptiens, les habitants du Nil ; 3 ans en Australie, en Chine, au Japon et au Siam ; 4 ans chez les sauvages d'Orégon et de Californie.... Enfin, les gens des Carolines allaiteraient les enfants jusqu'à dix ans ; les Indiens de l'Amérique du Nord jusqu'à 12 ans et les Esquimaux jusqu'à 14 et même 15 ans.

Quand l'enfant est unpeu âgé et qu'il marche, il saisira le sein de sa mère sans que celle-ci s'en occupe.

Aux îles Viti, la mère donne le sein à ses enfants à la façon d'une lionne, dit Plos. En Guyanne britannique, il n'est pas rare de voir un enfant de 3 ou 4 ans se tenir devant sa mère et boire à un de ses seins, tandit que l'autre est occupé par un enfant en bas âge qu'elle porte dans ses bras. La même coutume s'observe au Japon.

(*La Médecine Moderne.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Les Remèdes qui guérissent** (cures rationnelles des maladies), par le Dr E. MONIN, secrétaire général de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique... — 1 volume in-8° diamant de 380 pages, cartonné, avec fers spéciaux. (O. Doin, éditeur, 1894. Prix : 4 francs.)

Le nouveau volume du docteur Monin est l'inventaire raisonné des res-

sources curatives les plus certaines de la médecine moderne. L'auteur n'aborde que rarement, dans son livre, les stériles discussions doctrinales : il cherche, au contraire, à concilier toujours, dans ce qu'ils ont de bon pour le malade, la tradition et le progrès. Au milieu des aberrations scientifiques des laboratoires, il se dit l'esclave de cette seule définition de la médecine : l'art de guérir !

Les Remèdes qui guérissent sont d'une lecture facile et agréable : on dirait que plus les difficultés de ses sujets augmentent, plus la puissance littéraire du vulgarisateur tend à se faire jour ! Le livre d'aujourd'hui est un nouveau succès pour l'auteur de tant de livres remarqués....

II. **Les déséquilibrés du ventre. L'entéroptose ou maladie de Glénard,** par le Dr A. Monteunis. Paris 1894, J.-B. Baillière, éditeur.

III. **Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols**, von Dr Rudolf Abel, Assistenten. Abdruck aus dem *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde*. XIV. Band. 1893, n° 13.

IV. **Quelques pages authentiques de l'Histoire Médicale de Cauterets dans les siècles passés,** par le docteur E. Duhourcau, de Cauterets.

V. **Le Phosphore injectable**, par le Dr Roussel (de Genève). Sceaux, imprimerie Charaire, 1894.

VI. *Congrès de Pau* 1892. — M. E. Duhourcau. **Traitement thermal et climatique de la phtisie, combiné avec la cautérisation ponctuée, ou les injections de liquides organiques.**

VII. **La Bourboule**, par le Docteur E. Monin. Paris, Société d'Éditions scientifiques.

VIII. **Le carbonate de Créosote dans le Traitement de la Tuberculose, le Sanatorium de Touraine, la Cure d'Air dans les Environs de Tours.** Communication faite au Congrès de la Tuberculose, par le Docteur Edmond Chaumier, président de l'Œuvre des Enfants Tuberculeux de Touraine. — Paris, 1894.

VIII. Dr Mounier, de Paris. **Du Perchlorure de fer, comme traitement de la Rhinite chronique hypertrophique.** Paris, *France médicale*, 19 janvier 1894.

IX. **La phtisie normale,** par le Dr G. Hameau (d'Arcachon). Bordeaux 1894.

X. Separatabdruck aus dem *Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.* Herausgegeben von Rudolf Virchow. 135. Band. 1. Heft. — **Ueber den Einfluss des Ichthyols auf den Stoffwechsel.** Von Dr. phil. O. Helmers. — Berlin, Druck von Georg Reimer. 1894.

XI. **Contribution à l'étude de la Chirurgie de la Plèvre et des lobes inférieurs du poumon, six observations**, par H. Delagénière (du Mans), ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris. Extrait des *Archives Provinciales de chirurgie* avec quatre figures dans le texte. Paris, Bureaux des *Archives provinciales de Chirurgie*, 14, boulevard Saint-Germain, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

33. — Du débridement vaginal des collections pelviennes. (Gouillioud de Lyon). (*Archiv. prov. de Chirur*, juillet 1893.) — Le professeur Laroyenne, de Lyon, a manifesté depuis longtemps ses préférences pour l'ouverture des collections pelviennes par le vagin. Alors que l'hystérectomie vaginale était à peine connue et la laparotomie universellement pratiquée, il opérait fréquemment l'incision du cul-de-sac de Douglas.

Aujourd'hui l'idée a fait son chemin. L'ablation de l'utérus pour arriver aux suppurations du bassin est une méthode classée, elle donne d'excellents résultats. Mais elle n'est pas sans inconvénients. C'est pour les éviter que Bouilly, Polaillon, Le Dentu, reviennent au procédé déjà mis en pratique par les anciens, Récamier, Chassaignac, dans les tumeurs fluctuantes du petit bassin, mais perfectionné et étendu par Laroyenne à toutes les autres collections et épanchement pelviens. La plupart des dilatations tubaires, quel qu'en soit le nombre, la variété et la disposition, seraient curables par ce simple débridement.

Après de nombreux essais, le professeur de Lyon s'est arrêté au procédé suivant. Au moyen d'un trocart courbe, il pénètre dans le cul-de-sac postérieur en suivant la face postérieure de l'utérus. Par le trajet ainsi formé, il introduit un long et étroit bistouri mousse, avec lequel il débride transversalement jusqu'à permettre le passage de deux doigts explorateurs. De la sorte, il vérifie son diagnostic et attaque directement les poches salpingiennes ou autres. Il les ouvre largement s'il ne peut enlever la trompe elle-même. Une toilette minutieuse est faite avec des éponges. C'est aussi avec une éponge introduite à frottement et laissée à demeure pendant 48 heures qu'il prévient ou arrête les hémorrhagies. Au bout de ce temps elle est remplacée par des lanières de gaze iodoformée jusqu'à guérison.

Les avantages de cette méthode sont, d'après l'auteur : la sécurité, l'absence des troubles nerveux de la castration, les espérances de fécondité laissées à la femme.

***

34. — Les lavements de glycérine en obstétrique. — D'après M. Anacker (de Château-Salins), les petits lavements de glycérine pure, tels qu'on les emploie pour provoquer une évacuation alvine, auraient pour effet, outre leur action purgative, d'augmenter considérablement la force des contractions de l'utérus chez les parturientes. Notre confrère a remarqué que, chez les femmes auxquelles un lavement glycériné a été donné au début du travail, l'accouchement se fait toujours avec une grande rapidité. En conséquence, il recommande aux praticiens ce moyen simple, inoffensif et cependant très efficace, moyen qui est d'autant plus commode qu'un lavement évacuateur est toujours indiqué au début de l'accouchement.

Les suppositoires glycérinés et les ovules de glycérine solidifiée exercent sur l'utérus, d'après l'expérience de M. Anacker, une action beaucoup plus faible que la glycérine pure. C'est donc de cette dernière qu'il faut se servir exclusivement lorsqu'on veut activer le travail de l'accouchement. Le meilleur procédé consiste à injecter dans le rectum quelques grammes de glycérine à l'aide d'une petite seringue.



35. — Du traitement de la colite muco-membraneuse. — Guidé par les bons effets des ingestions de bismuth dans les blennorrées uréthrales, M. Revilliod a eu l'idée de combattre de même cette sorte de blennorrhée intestinale. Il s'agissait donc de saupoudrer de bismuth la vaste surface muqueuse du gros intestin. Dans ce but on prescrira un lavement composé de :

Mucilage de pépins de coings		500 gr.
Sous-nitrate de bismuth	} ââ	10 —
Salicylate de bismuth		

L'intestin est préalablement nettoyé par un lavement évacuant, avec huile de ricin ou ipéca ; au besoin par un second lavement boriqué. Puis le lavement au bismuth est administré. Le malade, couché horizontalement sur le dos, le siège un peu relevé, est prié de garder ce lavement vingt-quatre heures si possible ; sinon, on en injecte une quantité moindre.

Il faut remarquer que le bismuth n'est généralement pas rendu dans les selles qui suivent. Ce n'est que plusieurs jours après qu'on le voit revenir sous forme de blocs terreux plus ou moins agglomérés, après une selle dans laquelle on ne retrouve pas trace de mucosités. On peut

avoir l'heureuse surprise de constater, dès le premier lavement, la guérison d'une colite qui durait depuis plusieurs mois ; au besoin on peut renouveler ce traitement, aussitôt le bismuth évacué, sans autre inconvénient qu'une constipation facile à vaincre.

Ce traitement a également réussi dans des dysenteries chroniques et d'autres cas dans lesquels on peut supposer l'existence d'ulcérations de diverse nature du gros intestin.

(*Rev. de la Suisse romande.*)

***

36. — Traitement de l'avortement. — Lorsque l'avortement tient à une diathèse générale — la syphilis — ou à une affection des annexes, il faut instituer un traitement causal.

Au point de vue de la cure de l'avortement proprement dit, Czempin, dans une communication récente, faite à la Société de Médecine de Berlin, distingue trois cas correspondants aux trois modalités de l'avortement :

1° L'avortement imminent. L'œuf et le placenta se trouvent encore dans la cavité utérine malgré les douleurs et l'hémorrhagie parfois violentes ;

2° L'avortement incomplet ou traînant en longueur. L'œuf a été expulsé, mais le gâteau placentaire ou ses débris sont retenus dans l'utérus. L'hémorragie est forte ; parfois, il se produit un écoulement fétide et une élévation de la température ;

3° Avortement terminé et s'accompagnant d'hémorrhagies de la muqueuse. L'œuf avec le placenta sont sortis en bloc, la matrice n'est guère augmentée de volume. Il se déclare des métrorrhagies légères, mais continues, ou un suintement sanguinolent reconnaissant pour cause la rétention des membranes.

Dans l'avortement, au début, le traitement doit être prophylactique et comprendre le repos au lit combiné à l'administration d'un lavement laudanisé ou d'une injection de morphine. En dépit de ce traitement, si l'hémorrhagie est très forte et que les douleurs fassent défaut, il est indiqué de terminer l'accouchement.

Pour obtenir une dilatation suffisante de l'orifice interne, il suffit de bourrer le canal cervical au moyen de gaze iodoformisée.

Dans d'autres cas plus rares, l'auteur a recours à la dilatation forcée.

Dans l'avortement du second groupe, il faut curetter la cavité utérine avec le doigt, après avoir dilaté le canal, si c'est nécessaire. Le doigt agit mieux que la cuillère mousse ou tranchante.

En l'absence de fièvre, si l'hémorrhagie est violente, on peut produire la dilatation en tamponnant la cavité du col avec de la gaze désinfectée. Au bout de 12 heures, si la dilatation est insuffisante, on peut introduire la bougie d'Hégar.

Dans la fausse couche de la troisième catégorie, on peut parfois attendre l'expulsion spontanée des membranes retenues dans la matrice. Dans d'autres cas, on fera le curettage de l'utérus sans dilatation préalable du col. Dans d'autres circonstances, il suffit d'administrer à la patiente du seigle ergoté, pour voir se produire l'expulsion des membranes.

(*Journal d'Accouchements.*)

***

37. — Cautérisation des végétations des organes génitaux par l'acide phénique pur. — Dans un cas de végétations vulvaires formant une masse grosse comme le poing d'une adulte et qui s'étaient développées sous l'influence d'un écoulement leucorrhéique et du grattage, M. le Dr L. Derville (de Lille) a obtenu un excellent résultat par les applications d'acide phénique pur, traitement préconisé depuis longtemps déjà par le Dr T. de Amicis, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Naples, mais peu usité jusqu'ici.

Voici en quoi il consiste :

On passe sur toute la surface de la végétation un pinceau trempé dans l'acide phénique pur préalablement liquéfié par la chaleur : il suffit, pour cela, de plonger dans l'eau bouillante le flacon contenant les cristaux d'acide phénique. Immédiatement la coloration de la tumeur passe du rose au blanc mat. Lorsque, au bout de deux à trois jours, toutes les parties cautérisées se sont détachées ou ont été enlevées par le lavage, on fait une nouvelle application d'acide phénique, et ainsi de suite. Il faut avoir soin d'enduire de vaseline les parties voisines des excroissances pour les protéger contre la diffusion du liquide caustique et contre l'érythème phéniqué.

L'acide phénique pur étant un anesthésique, ses applications ne sont pas douloureuses. Elles ne produisent pas de phénomènes d'in-

toxication. Quant à leur effet thérapeutique, il serait sûr et relativement prompt. Aussi, dans le cas traité par M. Derville, la disparition complète de l'énorme amas de végétations fut obtenue après vingt-quatre badigeonnages, dont les vingt premiers furent pratiqués deux fois par semaine et les quatre derniers à des intervalles de huit jours.

(*Revue de thér. méd.-chir.*)



38. — Du tampon vaginal antiseptique dans le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. — Voici les conclusions de la thèse du Dr Bertrand :

Le tampon est toujours et facilement applicable ; il doit être antiseptique.

Ce tampon antiseptique arrête l'hémorrhagie six fois sur dix en général.

Il est très rare que le tampon transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne. Cet accident ne peut se produire que si l'œuf est rompu et le liquide amniotique écoulé, si l'utérus devient inerte ou si la présentation est vicieuse.

Le tamponnement pratiqué avant le travail le détermine 6 fois sur 10 (Müller). Le travail se déclare en général dans les douze heures qui suivent son application.

Le tampon appliqué pendant le travail active la contraction utérine dans la plupart des cas.

Le tampon est en général douloureux et provoque de la dysurie et du ténesme rectal ; mais ordinairement cette douleur est tolérable.

Il n'expose jamais les femmes à l'infection quand il est pratiqué avec toutes les précautions antiseptiques.

Pendant la grossesse, et avant tout début de travail, le tampon antiseptique est le meilleur traitement à employer contre les hémorrhagies par insertion vicieuse ; si l'hémorrhagie se déclare au début du 7e mois, on peut, avec lui, arrêter l'écoulement et permettre à la grossesse de continuer son cours.

Pendant le travail, le tampon vaginal est encore la méthode de traitement la plus sûre pour arrêter l'hémorrhagie, tant que la dilatation n'est pas suffisante pour permettre à l'accoucheur d'intervenir.

***

39. — Curettage de l'utérus puerpéral. — Une fois de plus, la thèse de M. Gaston, basée sur 59 observations, montre quels excellents partis on peut tirer du curettage en obstétrique.

Toutes les fois qu'il reste dans l'utérus des débris placentaires avant terme ou à terme, des lambeaux de membranes, des morceaux de caduque épaissie ou non, et que ces débris occasionnent des accidents (hémorrhagie ou surtout septicémie), on doit évacuer entièrement la cavité utérine. Plusieurs procédés sont usités ; M. Gaston préconise le curettage, qui est en effet un excellent moyen dans beaucoup de cas.

Il ne faut pas trop tarder pour obtenir de bons résultats ; si trois ou quatre injections intra-utérines bien faites n'amènent pas la disparition des accidents, il faut le curettage.

Dans la technique, l'opérateur doit se méfier du cri utérin ; c'est un signe trompeur, et le meilleur procédé pour savoir s'il ne reste rien dans l'utérus, c'est de faire le toucher très attentivement.

Le chloroforme est souvent inutile ; pourtant il donne tant de facilités que sa prohibition serait excessive.

***

40. — La faradisation dans les déviations utérines. — M. L. R. Regnier a fait dans le service de M. Labadie-Lagrave, à la Maternité, une série de recherches sur le traitement des déviations utérines par la faradisation. Souvent préconisé, ce traitement est trop peu connu. Il paraît cependant préférable à l'emploi des pessaires qui constituent une gêne permanente et ne sont qu'un moyen palliatif.

Voici la technique indiquée par M. Regnier. Un des électrodes est constitué par un hystéromètre introduit dans la cavité utérine, l'autre par une large plaque appliquée soit à la région abdominale (rétroversion et rétroflexion), soit à la région sacrée (antéversion et antéflexion), rarement à l'une des régions lombaires (déviations latérales). La durée de chaque séance est de trois minutes ; les séances sont faites d'abord tous les deux, puis tous les trois jours. On ne les commencera que trois jours après la fin des règles. On emploiera une bobine induite à gros fil avec interruptions très fréquentes. L'intensité du courant sera assez forte pour déterminer de légères contractions utérines facilement perceptibles par la main qui tient l'hystéromètre intra-utérin. Dans le cas de déviation compliquée de procidence, il est

bon d'ajouter à la faradisation intra-utérine la faradisation des parois vaginales.

Les résultats ont été très satisfaisants dans trois antéversions, deux rétroversions, trois rétroversions avec rétroflexions. Le nombre des séances nécessaires est seulement de dix à vingt. En cas de rupture étendue du périnée, une périnéorraphie préalable est parfois nécessaire pour permettre au traitement électrique d'exercer son action. Dans quelques cas d'abaissement simple l'électrisation des parois vaginales peut être indiquée. En résumé, ce procédé permettrait de réserver les pessaires pour les cas d'inversion ou de procidence complètes. (*Société d'électrothéraphie.*)

Ce procédé est, on le voit, très simple, à la portée de tous les praticiens. Appliquée avec une antiseptie suffisante, l'introduction de l'électrode intra-utérin est aussi inoffensive qu'une simple hystérométrie. Les déviations utérines constituent une affection si fréquente et si pénible, que ce traitement méritait d'être signalé. Son efficacité paraît s'expliquer par les contractions totales qu'il détermine du côté de la matrice. Peut-être doit-on aussi songer à une action sur les nerfs péri-utérins. L'amélioration des douleurs paraît, en effet, dans quelques cas, survenir avant la disparition de la déviation.

(*Gaz. des Hôp.*)



41. — Injections intra-utérines de glycérine. — M. A. Simpson relate les résultats favorables obtenus à l'Hôpital Royal de la Maternité par les injections intra-utérines de glycérine dans les cas de rigidité du col ou de faiblesse des contractions de l'utérus. Deux injections suffisent généralement.

Ces injections ont aussi été employées dans le but de provoquer l'accouchement chez une femme atteinte d'éclampsie. Dans ce cas, en effet, la femme accoucha rapidement, mais elle succomba à sa maladie. (*La Sem. méd.*)



42. — Cancer de l'utérus restant guéri cinq ans après une hystérectomie vaginale. — M. Ramakers a publié, dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, l'observation d'une femme à laquelle il a pratiqué l'hystérectomie vaginale pour un cancer de l'utérus, et qu'il a pu revoir cinq ans après sans traces de récidive.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans ; la maladie paraît avoir débuté une année avant l'opération, ainsi que le démontrent l'existence, pendant ce temps, d'hémorrhagies alternant avec des écoulements purulents.

L'examen de la malade, au moment de l'opération, ne saurait laisser de doute sur le diagnostic cancer. Il y avait une tumeur du col utérin, bourgeonnante, champignonnée, reposant sur des parties indurées, saignant facilement et donnant lieu à un écoulement de liquide fétide et roussâtre. D'ailleurs, l'examen histologique pratiqué antérieurement confirma le diagnostic.

L'hystérectomie fut faite suivant les méthodes classiques, et la malade sortait guérie de l'hôpital au bout d'un mois environ.

Or, cette malade ayant été revue au bout de cinq ans, restait radicalement guérie. Sa santé est excellente, il n'y a plus ni hémorrhagie, ni suintement, ni douleurs, et, enfin, l'exploration vaginale ne permet de reconnaître ni tumeur, ni ulcération d'aucune sorte.

(*Bull. méd.*)



43. — Traitement des végétations génitales chez la femme, par M. Richard d'Aulnay. (*Archives de tocologie et de gynécologie*, octobre 1893.) — Les végétations étant le produit d'une hyperactivité des papilles du derme, occasionné par l'acidité d'écoulements divers (blennorrhagie le plus souvent), il faut modifier cet état par l'antisepsie et neutraliser le terrain par les alcalins. On atteindra ce but en faisant choix, avant toute intervention, de lavages avec la liqueur de Labarraque. Ce traitement seul a suffi, dans certains cas, à amener souvent l'arrrt, puis la régression des végétations. Puis la région qui conserve ces hyperplasies papillaires, ne demandant qu'à s'enflammer au moindre contact ou frottement, devra en être rapidement débarrassée. Dans ce but, toutes les végétations séniles ou pédiculées seront traitées par l'excision ; les petites et les moyennes aux ciseaux avec anesthésie au chlorure d'éthyle, les grosses seules, au thermocautère avec le chloroforme. Seules, les végétations de l'urèthre postérieur sont susceptibles de la cocaïne et de la curette tranchante. L'opération terminée, il reste à combattre la récidive : d'abord en traitant par les moyens appropriés la blennorrhagie localisée, puis en entretenant un terrain réfractaire à la repullulation.

A ce propos, on ne saurait encore trop recommander les fréquents lavages avec la liqueur de Labarraque, et les applications répétées de ouate saupoudrée de bicarbonate de soude donnant, en dehors de son action chimique, l'avantage d'isoler les parties qui ont été atteintes de végétation et qui ont déjà commencé à subir une légère modification.



44. — D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion, complétée par l'application d'un pessaire approprié, par M. Levrat. (*Archives de tocologie et de gynécologie*, octobre 1893.) — Bien des méthodes ont été et sont encore employées pour la réduction des utérus gravides en rétroversion. Leur nombre même indique que pas une n'est infaillible ; aussi la plupart des auteurs conseillent ils de les essayer successivement, jusqu'à ce qu'on arrive à trouver celle qui doit précisément réussir dans le cas donné.

M. Laroyenne se sert depuis de longues années d'un procédé auquel il ne doit que des succès et qui,employé d'une manière systématique, paraît devoir dispenser des tâtonnements auxquels on est obligé de recourir avec les autres méthodes.

Ce procédé comprend deux temps différents. Une première fois, la main étant introduite dans le vagin on l'insinue entre les parois du bassin et l'utérus jusqu'au promontoire, sans exercer aucune espèce de pression sur le corps utérin. Cette manœuvre peut se faire directement en arrière le long de la cavité du sacrum ; mais d'ordinaire, c'est en suivant, par un mouvement contourné,les parois latérales du bassin, que l'on atteindra le plus sûrement l'angle sacro-vertébral. Lorsque la main est ainsi au but proposé, l'utérus en général se trouve avoir été en quelque sorte énucléé de l'excavation pelvienne et remis en place dans la grande cavité abdominale ; mais souvent la réduction est incomplète, le fond de l'utérus paraît bien un peu ressorti, sa saillie dans le cul-de-sac postérieur a diminué, mais le col reste toujours dirigé en avant et en haut, indiquant ainsi la persistance de la déviation. C'est alors que le 2e temps de l'opération a de l'importance. Ce 2e temps consiste dans la pose d'un pessaire approprié : ce pessaire doit avoir la forme d'un anneau de Hodge, qui aurait son arc postérieur très large. Comme il n'est pas destiné à rester longtemps en place, il est sans inconvénient et très commode d'employer

un anneau malléable en fil de fer recouvert de caoutchouc. Pour que ce pessaire atteigne le but qu'on se propose, il doit remplir une condition essentielle ; son arc postérieur, et c'est une des raisons pour lesquelles on l'a fait si large, ne doit presser en aucun point sur l'utérus, il doit se trouver tout entier dans la gouttière qu'a creusée la main de l'opérateur entre le sacrum et le corps utérin. Dans ces conditions, au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui excède rarement vingt-quatre heures, la réduction de la rétroversion est absolument complète. En dehors du toucher vaginal et de la palpation de l'abdomen, deux signes indiqueront ce résultat : la cessation de la rétention d'urine et la perceptibilité du souffle utéro-placentaire.

***

45. — **Le tubage de l'utérus.** (Ransquins). (*Gazette médicale de Picardie.*) — On se sert, dit M. Ransquins, d'un drain en caoutchouc à paroi épaisse et d'un calibre de 2 centimètres ; on l'introduit dans la cavité utérine, après dilatation de cette cavité. Le tubage est indiqué dans les métrites, la sténose du col, l'anté et la rétroflexion, l'hydro et le pyosalpinx.

Son but dans la sténose du col est de maintenir la dilatation pendant plusieurs jours ; dans les flexions, de fixer l'utérus redressé et toujours de permettre l'écoulement des liquides de l'utérus enflammé. Il est curieux de voir que, dans quelques observations, les collections séreuses ou purulentes des trompes ont pu être évacuées et qu'une salpingite a pu être guérie qui semblait nécessiter l'intervention de la laparotomie. Du reste, l'auteur précise sa définition : « Le tubage a pour but de maintenir perméable le canal utérin de façon à assurer l'issue facile des produits de secrétion et l'application de topiques sur la muqueuse utérine. » L'indication la plus fréquente de toutes est encore la métrite : là surtout, ce procédé rend de réels services.

Dès que les phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus de la métrite se sont amendés, la dilatation de l'utérus est effectuée ; puis on fait le curettage, si on le croit indiqué. Alors, on introduit le drain en caoutchouc avec une pince spéciale, d'ailleurs assez compliquée ; on place un tampon de gaze à l'iodoforme pour maintenir ce drain. Toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, pendant six à quinze jours, on fait, au moyen d'une sonde intra-utérine, des injections antiseptiques dans le drain avec l'eau phéniquée, l'eau sublimée ou le

phénosalyl à 1 p. 100. Il arrive que le drain sort parfois de l'utérus, en partie ou en totalité, et qu'on le trouve dans le vagin; il faut alors le réintroduire. Malgré cet inconvénient, il est certain que le tubage est sans danger à la condition d'être fait antiseptiquement, que la plaie utérine est par ce moyen largement drainée, que les injections modificatrices sont faciles à exécuter et que quelques semaines suffisent pour guérir la métrite.

***

46. — Contribution au traitement opératoire des myomes de l'utérus gravide, par le Dr Frommel. (*Münchener Medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 14.) — Précédemment l'auteur avait publié deux cas de myome opérés pendant la grossesse ; l'un de ces cas s'était terminé par guérison : dans l'autre une hémorrhagie secondaire avait entraîné un dénouement mortel.

M. Frommel publie deux nouveaux cas de myomes opérés pendant une grossesse. Dans l'un de ces deux cas, la tumeur remplissait le bassin en totalité et constituait un obstacle absolu à la délivrance, dont la suppression s'imposait. Une fois la cavité abdominale ouverte, on reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur du ligament large, qui avait refoulé la vessie de bas en haut et hors de l'excavation pelvienne. On incisa le ligament large au-dessus de la tumeur, qui fut énuclée sans difficulté. La grossesse a suivi son cours. Les suites de l'opération ont été bénignes. Le second jour un écoulement sanguinolent s'est fait par le vagin, mais dès le lendemain il était supprimé.

L'autre femme avait été obligée de garder le lit pendant trois mois, par suite de douleurs violentes qui ne lui laissaient pas de trêve et qui étaient occasionnées par un myome utérin implanté sur le côté droit de l'utérus. Laparotomie ; la tumeur, du volume d'un œuf de poule, était retenue par un pédicule d'une longueur de 1 1/2 centimètre. Les annexes étaient normales.

On enleva la tumeur avec son pédicule ; par contre, on laissa en place un petit myome du volume d'une noisette, à siège intrapariétal. La marche ultérieure fut des plus satisfaisantes ; pas de fièvre, suppression des douleurs. La grossesse a continué son cours normal.

A propos du deuxième cas dont il a été question plus haut, qui s'est terminé par la mort et où l'intervention a été nécessitée par une dyspnée intense, due à un refoulement du diaphragme par la tumeur, M. Frommel a fait remarquer qu'il eût été préférable de pra-

tiquer l'amputation supravaginale de l'utérus gravide. Il donne comme raison principale la présence, dans l'utérus, de plusieurs myomes, de plus, le tissu du fond utérin, par suite de sa plus grande consistance, se prête moins bien à l'application des sutures. En somme, Frommel formule ainsi la conduite à tenir:

En principe, l'opérateur ne doit se décider pour le choix du procédé opératoire, qu'une fois la cavité abdominale ouverte. S'il se trouve en présence de tumeurs volumineuses et surtout de tumeurs interstitielles et sous-muqueuses multiples, il devra pratiquer l'amputation supravaginale. Dans toutes les autres circonstances il devra préférer une opération conservatrice. Mais si une tentative faite dans cette voie aboutit à l'ablation d'un fragment trop considérable de l'utérus, ou s'il est nécessaire d'entamer la paroi utérine dans une trop grande profondeur et à une faible distance de la muqueuse utérine, il pourra toujours encore se résoudre à l'amputation de l'organe. Lorsqu'au contraire il n'y a pas à craindre une hémorrhagie secondaire, l'énucléation sera préférée.

En terminant, l'auteur a fait remarquer que les derniers résultats fournis par l'emploi des procédés opératoires conservateurs sont meilleurs que ceux obtenus précédemment. Ainsi, sur 28 cas publiés récemment par Wurkert, 7 seulement se sont terminés par la mort. Presque toutes les femmes opérées en dernier lieu ont été sauvées.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

***

47. — Méthode de traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. (J. R. Nunn.) — La question des meilleurs moyens de rappeler à la vie les nouveau-nés en état d'asphyxie, étant à l'ordre du jour, grâce au procédé de Laborde, nous croyons devoir signaler la méthode de Nunn. Voici en quoi elle consiste :

L'opérateur saisit avec la paume d'une main la partie supérieure du dos de l'enfant ; l'extrémité de l'index de cette même main soutient la tête et permet de l'étendre à volonté. Les jambes de l'enfant sont saisies avec l'autre main. Le nouveau-né étant ainsi en position, l'opérateur fléchit les cuisses sur l'abdomen, de telle sorte que celui-ci soit fortement comprimé, et il opère en même temps une pression énergique sur les côtes avec la main qui soutient le dos. Puis il allonge les membres inférieurs et cesse la compression costale. La pre-

mière partie de l'opération chasse l'air des voies respiratoires, la seconde l'y appelle au contraire. Cette série de mouvements doit être continuée jusqu'à ce que la respiration soit bien établie.

(*La Pratique méd.*)



48. — Régime alimentaire des nourrices mercenaires. (M. CONSTANTIN PAUL.) — Après avoir étudié ce qui se passe en Allemagne, en Russie, en France, j'ai constaté que les nourrices qui viennent de la campagne à la ville se trouvent bien des aliments suivants : soupes ou potages, œufs, poissons, viande en quantité modérée, farineux et féculents, plats sucrés, peu de vin, bière. Elles doivent éviter les acides, les crudités, les herbages, la viande conservée.

En conséquence, j'ai adopté le régime suivant pour la crèche :

Le matin, lait	125 grammes.
A déjeuner :	
Soupe maigre	30 centilitres.
Viande	100 grammes.
Farineux	15 centilitres.
Souper :	
Soupe grasse	30 centilitres.
Légumes farineux	16 cent. ou 2 œufs
Riz	20 centilitres.

Les nourrices qui restent à la campagne n'ont qu'à continuer leur régime habituel. (*Soc. de Thér.*)



49. — Traitement opératoire du prolapsus utérin et vaginal, par R. SANDFRIED. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 40, p. 799.)

La thèse de l'auteur comprend une étude d'ensemble de 60 cas de prolapsus utérin et vaginal, opérés à la clinique gynécologique de Heidelberg de 1881 à 1890. D'une façon générale, l'opération a été faite suivant le procédé d'Hégar ; mais quand le prolapsus atteignait un degré trop considérable, on avait recours au procédé de Kehrer : colporrhaphie antérieure, excision d'un coin des lèvres du col et colpocheilorrhaphie en une séance. Les résultats thérapeutiques se chif-

frent par 47 guérisons contre 13 récidives, dont 7 survenues au bout de quatre ans à la suite d'un accouchement, 3 au bout d'un temps qui n'a pu être déterminé d'une façon exacte.

Les récidives ont été plus fréquentes chez les femmes opérées pendant les premiers temps, ce qui tient, suivant l'auteur à ce que plus tard, on a perfectionné l'oblitération des profondes, et à ce que l'antisepsie et l'asepsie ont été réalisées d'une façon plus parfaite.

Les autres détails sont à voir dans le travail original.

(*Rev. génér. de méd. de chir. et d'obst.*)



50. — Paquets pour l'antisepsie intestinale chez les enfants (diarrhée fétide). — M. E. Tompkins.

Calomel à la vapeur	0 gr. 10 centigr.
Sulfo-phénate de zinc	0 gr. 15 centigr.
Sous-nitrate de bismuth	8 grammes.
Pepsine	2 grammes.

Mêlez et divisez en douze paquets. — A prendre : trois paquets par jour (pour un enfant âgé d'un an).



51. — Prurit de la vulve.

Nitrate d'alumine	1 gr. 25
Eau	120 gr.

Faire sur les parties des lotions 2 ou 3 fois par jour, et faire des injections vaginales de la même façon.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)



52. — Nouveaux crayons médicamenteux pour pansements intra-utérins.— M. Hirigoyen se sert de crayons médicamenteux à base d'ichthyol, additionnés d'une petite quantité de sublimé. Ces crayons sont composés d'après la formule suivante :

Sublimé, 0 gr. 01 ; Ichthyol, 0 gr. 20 ; Talc, 0 gr. 65 ; Gomme, 0 gr. 04 ; Glycérine, 0 gr. 05 ; Eau, 0 gr. 05.

Suivant cette proportion, on peut faire des crayons pesant de 1 à 2 grammes, selon le volume, assez souples et suffisamment résistants, grâce au mélange du talc, de la gomme et de la glycérine auquel le préparateur, M. Roussel, pharmacien, s'est arrêté après de nombreux essais, afin d'obtenir les conditions physiques nécessaires pour l'usage des crayons intra-utérins.

Ces crayons, employés depuis deux mois à la consultation de l'hôpital Saint-André, donnent de bons résultats dans le traitement des métrites d'origine puerpérale ou blennorrhagique. L'action antiseptique du sublimé est augmentée de celle de l'ichthyol qui exerce de plus un effet très appréciable de décongestion. Aussi obtient-on des améliorations rapides dans les cas de métrites avec cols gros, congestionnés, éversion de la muqueuse et sécrétion mucopurulente abondante, avec dilatation de la cavité cervico-utérine.

(*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

***

53. — Pilules pour augmenter le volume des seins. (Monin).

Extrait de galéga	àà 0 gr. 05
— d'ortie blanche	àà 0 gr. 05
— d'ergot	àà 0 gr. 05
Hypophosphite de chaux	àà 0 gr. 05
Essence de cumin	q. s.

Pour une pilule dragéifiée.

A prendre aux repas, deux à six par jour.

FORMULAIRE

—

Le drainage de la cavité utérine dans l'endométrite purulente avec sub-involution. (Jules Chéron.)

Dans ces derniers temps, on a beaucoup utilisé divers modèles de drains pour le traitement de l'endométrite purulente. Des drains en caoutchouc, des drains métalliques de forme variée, la mise à de-

meure de gazes antiseptiques dans la cavité utérine, ont été tour à tour vantés comme constituant le meilleur mode de drainage utérin ; tout le monde s'accorde à reconnaître que le drainage par les voies naturelles est un des traitements les plus actifs que l'on puisse opposer à l'endométrite.

Le drainage à l'aide du drain en crin de Florence, que j'ai longuement étudié, dans ce journal, en 1891, présente les avantages suivants : La mise en place du drain est d'une grande facilité ; la tolérance s'établit très rapidement, lorsque le drain est d'un volume approprié ; l'écoulement des liquides sécrétés à la surface de la cavité utérine se fait sans provoquer la moindre douleur ; ces liquides, d'abord purulents, deviennent séro-purulents, au bout de quelques jours ; puis la purulence diminue en même temps que la quantité des sécrétions ; enfin, c'est un liquide incolore et peu abondant qui s'écoule hors de l'utérus, jusqu'à ce que le drain soit expulsé ou retiré par le médecin, environ six semaines après sa mise en place.

En même temps que les sécrétions utérines changent de nature et se tarissent, l'utérus se décongestionne progressivement, revient sur lui-même et diminue de volume, comme s'il y avait un travail d'involution provoqué par la présence du drain. Lorsque ce travail d'involution est achevé, le drain agit comme un corps étranger, il y a des coliques expulsives et le drain est chassé après quelques jours de douleurs toujours tolérables. Il vaut mieux, du reste, retirer le drain, vers la fin de la 3e semaine, lorsque la décongestion du col est complète et lorsque l'on voit apparaître les premières douleurs d'expulsion.

Le drainage, à l'aide du drain en crin de Florence, remplit donc les principales indications qui se présentent dans l'endométrite purulente avec sub-involution ; la facilité de son application et sa complète innocuité nous engagent à rappeler ce moyen thérapeutique à nos lecteurs.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

L'OBSTÉTRIQUE ET LA GYNÉCOLOGIE AU CONGRÈS DE ROME.

Le 6e Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome, du 26 mars au 4 avril 1894, ne nous apporte aucune grande et importante nouveauté, au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie. Nous avons cependant à signaler et à résumer les rapports de MM. Pinard (de Paris) et Morisani (de Naples) sur la symphyséotomie, celui de M. Mangiagalli (de Milan) sur le traitement du pédicule après la myomectomie, la communication de M. Péan (de Paris) sur l'ablation des gros fibro-myomes interstitiels par la voie vagino-périnéorectale, celle de M. Jacobs (de Bruxelles) sur la comparaison des résultats éloignés de l'hystérectomie et de l'ablation des annexes, enfin celle de M. Schmeltz (de Nice) sur le drainage de l'utérus. Nous résumerons assez rapidement ces divers travaux qui, pour la plupart, ne font que mettre au point des questions déjà bien connues de nos lecteurs.

Voici d'abord les conclusions de M. Pinard, sur la symphyséotomie :

1° La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse ;

2° Pour être utile, elle doit être complète et l'écartement préalable du pubis doit être en rapport avec le rétrécissement du bassin ;

3° Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme ;

4° L'écartement du pubis dépassant 7 centimètres, pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit ;

5° Dans les rétrécissements où l'écartement du pubis, poussé à 7 centimètres, ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ;

6° Dans le cas de bassin oblique ovalaire avec synostose d'une des articulations sacro-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischio-pubiotomie (opération de Farabeuf) ;

7° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Comme conclusions générales, nous pouvons dire que l'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite, et que l'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et les conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner : 1° l'accouchement prématuré artificiel ; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin non vaincue par les contractions utérines.

Moins affirmatif que M. Pinard sur la proscription de l'accouchement prématuré, M. Morisani croit que la symphyséotomie doit remplacer et l'embryotomie et l'opération césarienne, lorsque le fœtus est vivant et à terme et lorsque le diamètre conjugué vrai du bassin rétréci a de 68 à 86 millimètres. Si le diamètre conjugué vrai est de 81 millimètres ou plus, il est prudent de commencer à appliquer le forceps avant de se décider à la symphyséotomie.

Voulez-vous des statistiques ? Voici celle de M. Pinard : sur 38 agrandissements momentanés du bassin (36 symphyséotomies, 1 pubiotomie et 1 ischio-pubiotomie), il y a eu, pour la mère, 36 guérisons et 2 morts avec 34 enfants vivants et 4 morts. M. Morisani, sur 241 femmes ayant subi la symphyséotomie a eu une mortalité, pour la mère, de 11,6 % et a perdu 48 enfants. M. Zweifel (de Leipzig), sur 23 symphyséotomies, a eu un décès et a perdu deux enfants seulement.

En résumé, la symphyséotomie détrône complètement l'opération césarienne et l'embryotomie, dans les cas où l'enfant est à terme et vivant et où le rétrécissement est au-dessous de 6 cent. 1/2. La question de l'accouchement prématuré artificiel, quand l'accoucheur est consulté en temps utile, nous semble devoir être encore réservée, malgré l'opinion contraire de M. Pinard et de ses élèves.

M. Mangiagalli (de Milan) considère que l'importance du traitement du pédicule dans l'hystéro-myomectomie a été exagérée, car le pédicule ne constitue pas le seul danger, ni peut-être le plus grand danger. C'est surtout le développement intraligamentaire de la tumeur qui rend le diagnostic grave et cela d'autant plus que la tumeur est plus volumineuse. Pour les fibromes sous-séreux, sous-muqueux et interstitiels, la mortalité moyenne est de 5 % qu'on emploie la méthode externe ou le traitement intra-abdominal. Les fibromes intra-ligamentaires donnent une mortalité très grande ; l'extirpation par la voie abdominale paraît être la méthode la plus avantageuse. L'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins constitue une conquête précieuse ; elle peut donner de bons résultats quand le volume de l'utérus fibromateux ne dépasse pas celui d'un utérus au quatrième mois de la grossesse.

Pour nous, nous croyons que l'ablation des utérus fibromateux ne s'impose que très rarement, le pronostic de ces tumeurs

ayant été considérablement assombri par les chirurgiens interventionnistes, et les interventions étant beaucoup plus graves qu'on ne le croit généralement; aussi nous bornerons-nous à renvoyer le lecteur que cette question peut intéresser au compte rendu publié dans une autre partie de ce journal. Nous nous contenterons, par les mêmes raisons, de signaler ici l'ingénieux procédé imaginé par M. Péan pour enlever les gros fibromes interstitiels qui prennent naissance sur la face postérieure de l'utérus et descendent dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale, en incisant au préalable le périnée et la cloison recto-vaginale, de manière à rendre la tumeur accessible au morcellement.

M. Jacobs (de Bruxelles) vient rompre une nouvelle lance en faveur de l'intervention vaginale dans les lésions des annexes. La voie vaginale est plus sûre et donne de meilleurs résultats éloignés que la voie abdominale. Si les lésions annexielles sont unilatérales, il en fait l'ablation par le vagin ; si les lésions sont bilatérales, il fait la castration totale, toujours par le vagin. Les arguments donnés par M. Jacobs pour justifier ses conclusions sont excellents, nous ne ferons qu'une remarque :

Pour arriver, en quelques années, au chiffre considérable de 184 castrations vaginales totales et de 189 salpingectomies abdominales, il faut évidemment laisser de côté toute tentative de thérapeutique conservatrice. Or, en face d'un nombre si élevé de mutilations, on ne peut s'empêcher de répéter que, presque dans tous les cas, la thérapeutique conservatrice permet d'obtenir des guérisons complètes et durables. Nous en profiterons pour appeler l'attention de nos lecteurs sur le mémoire du Dr Murray, que nous publions, dans ce même numéro, et qui vient justifier les idées que nous n'avons cessé de défendre dans ce journal.

Le drainage de la cavité utérine à l'aide du crin de Florence,

imaginé, il y a bien des années déjà, par M. Chéron, a fait l'objet d'un mémoire important, publié dans ce journal en 1892, par notre savant Rédacteur en chef; ce sujet est repris, actuellement, par M. Bouteil, dans le travail en cours de publication. Il n'est donc pas nécessaire d'analyser longuement ici la communication de M. Schmeltz (de Nice), sur le drainage de l'utérus par le catgut-crin. La seule modification que M. Schmeltz ait faite au drain de M. Chéron consiste à enrouler autour des crins de Florence (drains en anse de M. Chéron) du catgut de grosseur moyenne. Le catgut ne devant pas tarder à être digéré par la cavité utérine, pour peu que le drain soit laissé un certain temps en place, nous ne comprenons pas nettement l'importance de cette modification.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr P. Bouteil, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite*).

—

INDICATIONS DE CURETTAGE

Nous avons décrit sous le nom de curettage toute une méthode à chacun des éléments de laquelle échoit un but à réaliser. En traitant ici des indications du curettage nous avons en vue non pas l'opération isolée qui se bornerait à l'abrasion de la muqueuse corporéale, mais l'ensemble des moyens capables de se montrer efficaces dans le traitement des affections utérines.

Endométrite chronique. — Le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite chronique du corps de l'utérus. Cette opération est indiquée dans tous les cas d'endométrite qui ont résisté aux moyens de douceur : repos, injections chaudes, cure

thermale, scarifications et attouchements, pansements osmotiques, etc. L'intensité des symptômes, la chronicité de la maladie, le curettage explorateur serviront de guide pour l'opportunité du traitement radical.

S'il y a de la cervicite en même temps que de l'endométrite, l'amputation du col par la méthode de Schrœder, la trachélorraphie, le hersage trouveront leur emploi.

Hémorrhagies utérines. — Le curettage est le spécifique des hémorrhagies de cause utérine, c'est-à-dire liées à une altération anatomique de l'endomètre.

L'endométrite hémorrhagique apparaît fréquemment dans les deux ou trois mois qui suivent un avortement ou un accouchement à terme, surtout quand il y a eu des soins insuffisants. Elle évolue d'ordinaire sans fièvre, sans douleurs vives, elle se caractérise par des pertes, disparaissant sous l'influence du repos, reparaissant quand la malade se lève et marche.

Cette endométrite hémorrhagique peut passer à l'état chronique. D'autres fois la forme chronique débute à une époque plus éloignée de l'accouchement ou de la fausse couche, ou survient même chez des femmes qui n'ont jamais accouché, parfois même chez des jeunes filles : c'est l'exception.

Les pertes sont ou des métrorrhagies ou des ménorrhagies ; d'autres fois la malade est constamment dans le sang. Ce sont des fongosités, des petits polypes disséminés comme des grains sur la muqueuse utérine qui sont cause des hémorrhagies.

La forme d'endométrite hémorrhagique post-puerpérale récente guérit parfois spontanément ; la forme chronique indique formellement le curettage ; la guérison est à peu près certaine après l'abrasion des fongosités des polypes et de la muqueuse.

Hémorrhagies symptomatiques des tumeurs fibreuses. — On admet généralement que les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses sont causées par l'endométrite qui accompagne le fibrome (1). La castration, en provoquant l'atrophie précoce du

(1) Voir Batuaud : Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage, in-8° de 134 p. avec fig. Paris, 1891, Steinheil.

fibrome, la myomectomie, en supprimant la tumeur, arrêtent les hémorrhagies. Mais ces opérations ont encore une mortalité assez grande et d'un autre côté les fibromes ne donnent souvent lieu qu'à des symptômes anodins. Le curettage associé au traitement médical rendra de grands services en faisant cesser l'hémorrhagie, qui est le symptôme le plus inquiétant et en permettant d'attendre l'atrophie spontanée de la tumeur à la ménopause.

Hémorrhagies symptomatiques du cancer de l'utérus. — Dans le cancer du col,la curette abrasera les tissus malades et ne s'arrêtera que quand elle aura mis à nu les tissus sains.

Dans le cancer du corps, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix. Mais si cette opération est contre-indiquée par l'envahissement des organes voisins, par l'âge de la malade, par sa santé générale, le curettage pourra rendre de grands services. En supprimant les *hémorrhagies et la leucorrhée fétide* il fera disparaître l'anémie et l'intoxication par résorption putride, et pour un temps donnera à la malade l'illusion de la guérison.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse, par les accidents qu'elle provoque, est justiciable dans certains cas du curettage.

Curettage puerpéral. — Le curettage est indiqué par les accidents septiques qui ont leur point de départ dans l'utérus soit après l'avortement, soit après l'accouchement à terme, qu'il y ait on non rétention totale ou partielle du placenta ou des membranes.

La septicémie puerpérale constitue une indication vitale, pressante, ou bien prophylactique des endométrites et des salpingites ultérieures.

« La septicémie puerpérale, dit M. Chartier, est le résultat de l'infection de la plaie par les micro-organismes qui donnent lieu à une endométrite septique. C'est cette endométrite qu'il faut d'abord combattre, ce sont les germes qui lui ont donné naissance qu'il faut aller détruire le plus rapidement possible.

C'est elle, en effet, qui est le point de départ de l'intoxication générale et qui sert d'origine aux foyers secondaires péri-utérins. Plus tôt et plus rapidement on détruira le foyer utérin, plus grandes seront les chances de guérison. »

Mais à quel moment faut-il intervenir? Quand il y a rétention du placenta après l'accouchement à terme, au bout de vingt-quatre heures si on n'a pu faire la délivrance artificielle ; on évide, on fragmente le placenta avec la curette, et on en amène les débris au dehors. Il ne faut pas oublier la possibilité d'une perforation.

Après l'avortement avec rétention du délivre, on fera d'abord des irrigations antiseptiques chaudes. Mais dès qu'il surviendra soit des hémorrhagies, soit une élévation de température on fera le curettage.

D'autres fois des phénomènes septiques apparaissent après une délivrance complète en apparence. Le premier symptôme de l'infection puerpérale est l'élévation thermique accompagnée ou non de frisson et de fétidité des lochies. On commence par faire des injections vaginales antiseptiques et des lavages intra-utérins répétés quatre ou cinq fois par jour. Si la défervescence ne se fait pas au troisième jour, il faut, au moyen de la curette, détacher de la paroi utérine tous les détritus qui y adhèrent.

Dans les cas de septicémie déclarée, on peut curetter la matrice en pleins accidents aigus et en pleine fièvre. « Curez surtout s'il y a des phénomènes aigus, dit M. Doléris. »

Les accidents aigus, l'existence de la fièvre sont donc ici des indications d'agir vite. On terminera le curettage par un tamponnement de la cavité utérine avec la gaze iodoformée.

Le curettage dans les lésions péri-utérines. — L'infection reste rarement limitée à l'utérus ; de ce foyer initial elle gagne les trompes, les ovaires, le péritoine pelvien qui les recouvre. Le mécanisme de cette infection secondaire serait la voie lymphatique pour M. J. Championnière, et se ferait, en ayant pour point de départ l'utérus, des ligaments larges vers l'ovaire, de l'ovaire vers la trompe, et reviendrait par elle à l'utérus, grâce aux lymphatiques.

Pour MM. Trélat, Terrier, Quenu, l'infection se ferait de proche en proche, de muqueuse à muqueuse voisine.

Les recherches de M. Poirier ont démontré que les lymphatiques du corps de l'utérus gagnaient à la sortie de cet organe des

ganglions spéciaux sans passer par les trompes et les ovaires ; les propagations microbiennes n'étaient donc possibles du côté des annexes que grâce à la continuité des muqueuses.

Quel qu'en soit le mécanisme, c'est toujours l'endomètre qui est le foyer d'origine de l'infection et il est logique de croire que le curettage, en réalisant la désinfection de ce foyer, devait modifier favorablement les lésions annexielles.

Si cette manière de faire n'a pas prévalu au début, c'est parce qu'on attachait aux salpingites une gravité qu'elle n'ont plus depuis qu'on en connaît mieux l'évolution et lagrande fréquence. Sous l'influence de Lawson-Tait, pour peu qu'on soupçonnât une inflammation des annexes, leur « ablation était immédiatement pratiquée par des gens compétentset incompétents(Em met) ». On craignait que le curettage n'aggravât les lésions péri-utérines et on jugeait la salpingectomie moins dangereuse. Walton, Poullet avaient réagi contre ces craintes exagérées. Le 30 juillet, Walton publiait un mémoire: « Sur le traitement de la pelvipéritonite par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus », où il déclarait « qu'il est illogique d'attaquer d'emblée directement le péritoine et les annexes enflammés ; qu'il est plus logique de combattre l'endométrite ; qu'il est probable que la cause enlevée, les effets disparaitront,» et que son traitement ne s'opposait pas à une intervention ultérieure plus énergique encore, la laparotomie. »

M. Poullet disait à la Société de médecine de Lyon, que la paramétrite aiguë, au lieu de contre-indiquer le raclage, constituait, à proprement parler, une véritable indication. Il ne faisait d'exceptions que pour la paramétrite suppurée.

M. Chéron publiait quelques observations pour établir l'innocuité du curettage sans abaissement pour des lésions des annexes.

Trélat appliquait systématiquement le curettage aux ovaro-salpingites, et faisait faire par M. Cantin et Mlle Finkelstein des thèses préconisant le raclage comme traitement des « lymphangites péri-utérines » et « des inflammations des annexes ».

M. Delbet, M. Potherat apportaient des observations pour défendre la même idée.

M. Doléris exposait les bons résultats qu'il avait obtenus dans

la cure des affections tubaires par la dilatation permanente et le drainage avec la gaze iodoformée et glycérinée.

M. Pozzi croit qu'on peut conserver l'espoir de guérir la salpingite en même temps que l'endométrite, pourvu que les lésions n'aient pas eu le temps de s'invétérer.

M. Péan déclare que les salpingites purulentes elles-mêmes, pourvu qu'elles ne soient pas enkystées, peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine.

Mais en février 1890, à la « Société de chirurgie », presque tous les orateurs nièrent l'influence du curage sur l'évacuation des trompes.

M. Bouilly avait dit que dans les cas récents de salpingites, le curage pouvait agir sur les trompes. Mais MM. Richelot et Championnière proposaient la tubo-ovariotomie pour toutes les lésions des annexes.

Trélat, de son côté, insistait sur la cure des salpingites par le curettage. « En cas d'incertitude, disait-il, il est sage de commencer le traitement le moins grave, puisque ce traitement réussit dans un ensemble de cas suffisamment nombreux, et que j'ai cité des faits positifs de salpingite d'âge ignoré ou d'âge ancien parfaitement caractérisées comme salpingites, dans lesquelles la guérison a été obtenue sans laparotomie avec restitution de la fonction. » Cette manière de voir est encore aujourd'hui celle de M. Le Dentu.

Notre conclusion, c'est qu'on doit faire le curettage sans abaissement toutes les fois qu'en outre de l'endométrite il y a des annexes enflammées et douloureuses (salpingites catarrhales, hypertrophiques, ovarites sclérokystiques). Sans doute cette intervention ne donne qu'une guérison anatomique imparfaite; il restera des adhérences des lésions définitives, que l'usage des injections chaudes, des pommades résolutives à l'ichthyol, du massage, feront disparaître peu à peu.

Qu'importent les lésions anatomiques si la guérison symptomatique existe, si les douleurs sont abolies, si la malade a pu reprendre ses occupations.

Quand il existe dans le petit bassin une inflammation aiguë

et qu'on juge la temporisation nécessaire, on emploiera les petits moyens de la gynécologie conservatrice : hygiène, bains, médication thermale, révulsions sur l'abdomen, électricité, pansements osmotiques, surtout à l'ichthyol, etc.

Il est des cas où on observe après un curettage pourtant bien aseptique pour les lésions péri-utérines, une réinfection rapide de la muqueuse de l'utérus, dont la cause ne vient pas du dehors. On se trouve probablement en présence d'une localisation microbienne autour de l'utérus, qu'un curage ne saurait éteindre ; ce sont là les cas à insuccès de la thérapeutique intra-utérine, une opération radicale s'impose.

C'est encore à une opération radicale ou à des moyens de conservation autres que le curettage qu'on aura recours pour le traitement des grosses collections enkystées de la trompe, pyo ou hémato-salpinx, tumeurs tendues, fluctuantes, dont il faudra craindre la rupture dans le péritoine.

On a relaté des cas où des collections de ce genre ont pu s'évacuer par l'utérus à la suite de la dilatation et du curage ; c'est une heureuse terminaison à retenir. S'il y avait contre-indication à l'extirpation, le drainage de l'utérus au moyen du crin de Florence pourrait se montrer utile et salutaire.

Stérilité. — Thiry, Schultze avaient reproché au curettage de compromettre la fonction de reproduction. La fausseté de cette critique est aujourd'hui bien démontrée et il n'est pas de gynécologiste qui n'ait vu survenir de grossesse après le curettage. On comprend que l'endométrite puisse être une cause de stérilité et puisse empêcher toute fécondation, soit que les sécrétions anormales entraînent mécaniquement l'ovule hors de la cavité utérine, soit que l'état anatomique de la muqueuse ne permette plus le développement de cet ovule. Les nombreuses observations de grossesse après curettage montrent suffisamment qu'il y a, non pas une coïncidence, mais bien une relation de cause à effet, surtout quand la grossesse survient après curettage chez des femmes qui étaient restées cinq, six et même vingt ans stériles, comme dans une observation de Mme Gâche-Sarraute.

Après le curettage une muqueuse jeune remplace un endomé-

trium déjà altéré dans sa structure et inapte à la fécondation. Cette opération sera donc indiquée chez les femmes stériles atteintes d'endométrite et dont la stérilité ne peut être rapportée à une autre cause.

Si la cause de la stérilité réside dans certaines dispositions anormales du canal, telles qu'atrésie, sténose, irrégularités, ou de l'utérus, telles que latéropositions, flexions et versions, le curettage pratiqué après dilatation modifie souvent d'une façon heureuse ces dispositions défavorables à l'accomplissement d'une des fonctions physiologiques les plus importantes.

Déplacenents de l'utérus. — Le curettage est utile dans tous les cas de déplacement de l'utérus, prolapsus ou déviation.

Le prolapsus s'accompagnant souvent d'endométrite, il est indiqué de faire le curettage avant toute opération anaplastique sur le vagin ou le périnée.

Dans les déviations de l'utérus, surtout dans les rétro-déviations avec adhérences, le curettage exerce souvent sur ces adhérences une action résolutive médiate. Complété par la dilatation et surtout par le drainage, il peut avoir la meilleure influence sur la musculature utérine et sur les ligaments suspenseurs, dont le massage réveillera la tonicité.

(*A suivre.*)

CAS DE PYOSALPINX

Traités par le drainage utérin avec grossesse consécutive,

Par le Dr Robert A. Murray

(*American gynecological Society*, 10 mai 1893, et *American Journal of Obstetrics*, août 1893.)

—

Il semble que c'est presque une hérésie d'apporter devant d'aussi éminents spécialistes, devant d'aussi éminents chirurgiens de l'abdomen, un mémoire ayant pour objet de démontrer que les pyosalpinx peuvent parfois être guéris sans laparotomie et sans abla-

tion des organes malades. D'après la pathologie de Bernutz, il y a 30 ans déjà, d'après les démonstrations de Lawson Tait, de Hégar et des brillants opérateurs qui ont suivi leur méthode, les gynécologistes ont été convaincus que la plus grande majorité des cas dénommés communément cellulite pelvienne sont en réalité des cas de péritonites pelviennes résultant de la maladie des trompes de Fallope et des ovaires. Le raisonnement, cependant, fut insuffisant en ce qu'il ne tenait pas compte de la cause de l'affection tubaire ; et le traitement fut défectueux quand il ne comprenait pas la destruction de l'inflammation de l'endomètre qui précédait la salpingite. Nous avons eu ainsi une période dans laquelle, pour le chirurgien praticien, le diagnostic d'une affection tubaire, particulièrement s'il y avait eu des attaques successives d'inflammation pelvienne, était une indication absolue de laparotomie et d'ablation des trompes et des ovaires. Pendant cette période d'opérations tubaires, de 1877 à 1886, j'avais une salle de gynécologie dans un dispensaire qui me donnait un large champ d'observation de cas de salpingite. Les malades étaient pauvres, appartenant à la classe ouvrière et il était généralement impossible de les décider à entrer à l'hopital. A cette époque, le traitement ordinaire de ces cas était le repos ; l'application d'iode et les altérants sur le col, dans le canal cervical et dans les culs-de-sac du vagin ; les contre-irritants, la douche chaude, conseillée par le Dr Emmet ; l'usage de tampons vaginaux avec ou sans antiseptiques et des médicaments altérants. Sous l'influence de ce traitement, beaucoup de cas s'amélioraient lentement et réclamaient un traitement tonique général et des précautions pour éviter la récidive.

Suivant la pratique du Professeur C. A. Budd et du Dr Lente, je faisais fréquemment des applications intra-utérines de teinture d'iode de Churchill, d'acide phénique et d'autres altérants, mais pour cela il fallait dilater largement le col pour prévenir les coliques et de petites attaques de péritonite. Après dilatation du col, la douleur était peu persistante après les applications, et la diminution de volume des trompes élargies et de l'utérus était ensuite très marquée.

Dans nombre des cas, les malades me racontèrent qu'après ce

traitement elles avaient eu une perte d'eau abondante et que le soulagement des douleurs avait coïncidé avec cette perte. Ayant noté ce fait, je fus conduit à croire que, en cherchant à guérir l'endométrite et à faire rétracter un gros utérus en subinvolution, j'avais produit un drainage des produits inflammatoires dont la rétention causait la maladie. Je pris dès lors l'habitude de dilater le col et de curetter l'endométrium — dans beaucoup de cas, il y avait des antécédents de fausse couche — et le résultat fut une amélioration rapide de l'état général, la disparition fréquente et entière des tumeurs formées par les trompes et les ovaires, l'utérus devenant mobile. La grossesse survint dans quelques cas que je pus suivre, et l'accouchement s'étant fait sans accident puerpéral, je crus ces malades guéries. Je n'employais pas alors la gaze iodoformée, bien que j'aie quelquefois placé, dans le col, une tente de coton absorbant. Il ne s'agissait pas seulement de salpingites catarrhales, mais aussi de pyosalpinx, comme le prouvait l'écoulement périodique de pus à travers l'utérus, pendant que la malade était en observation, à la suite de pressions douces sur les trompes distendues. Les cas qui bénéficièrent le mieux de ce traitement furent ceux dans lesquels les trompes et les ovaires étaient presque sur le côté du bassin, dans leur position normale. Les autres cas, dans lesquels les trompes et les ovaires étaient déplacés en arrière, derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas et adhérents à l'utérus rétroversé, furent améliorés en ce que la masse tout entière put être relevée par le tamponnement vaginal, devenir ainsi moins sensible et plus mobile et les douleurs des périodes menstruelles furent diminuées. Quand ces cas de la dernière catégorie se présentaient chez des personnes qui pouvaient prendre des soins minutieux d'elles-mêmes, l'amélioration était assez grande pour rendre les opérations inutiles. Mais dans les cas chroniques, avec des utérus fixés, lorsque le redressement n'était pas possible, si l'extrémité utérine des trompes de Fallope était close par l'inflammation et si d'autre part les écoulements se faisaient par l'extrémité opposée en déterminant des attaques récidivantes de péritonite, je conseillai, après un traitement soigneux avec le tampon de glycérine boriquée ou d'ichthyol des-

tiné à diminuer la sensibilité et à ramollir les adhérences, l'ablation des annexes si la laparotomie exploratrice en démontrait la nécessité.

Afin de ne pas abuser de la patience de la Société, je ne rapporterai que les six suivants : trois d'origine gonorrhéique et trois d'origine puerpérale.

Obs. I. Endométrite et pyosalpinx blennorrhagiques ; grossesse. — Mme M. T., âgée de 21 ans, mariée ; a eu un enfant de son premier mari ; pas des complications puerpérales. Je la vis en janvier 1883, en pleine poussée de péritonite pelvienne, avec des antécédents d'infection blennorrhagique, d'origine conjugale, cinq mois auparavant. Elle avait eu une poussée très aiguë au début de l'affection et depuis lors elle souffrait de leucorrhée profuse, de dysménorrhée extrême, la douleur persistant une semaine après la période menstruelle et la confinant au lit. Elle est soulagée par un écoulement de matière et devient alors capable de s'occuper des affaires de sa maison ; le coït est douloureux. L'examen démontre l'existence d'une masse bien définie sur le côté gauche, masse très douloureuse, fixant l'utérus dans une légère rétro-sinistro-version. L'utérus est augmenté de volume ; le col est déchiré du côté droit ; la trompe et l'ovaire droits réunis par des fausses membranes forment une masse sur le côté droit, masse moins volumineuse que la masse située à gauche. Lavage vaginal avec une solution de sublimé à 1/1000 ; le col est essuyé avec du coton hydrophile ; le canal cervical est nettoyé avec du coton et son orifice interne est béant. Un tampon de glycérine boriquée est appliqué comme pour soutenir les organes pelviens, et laissé en place pendant vingt-quatre heures. Repos absolu. L'opium est administré pour calmer les douleurs, après une évacuation obtenue avec les sels d'Epsom. La douleur était si bien calmée, à ma visite suivante (trois jours plus tard), que, après une injection phéniquée, je fis un examen bimanuel, et, à ma grande surprise, je vis qu'en faisant une pression douce sur la tumeur gauche, que je reconnus être la trompe distendue, je produisais un écoulement de pus par l'utérus. Ayant mis le spéculum, je

vis directement le pus sortir du col. Je rendis compte à la malade de son état et je lui proposai de dilater le col, de curetter et de laver la cavité utérine et d'exercer des pressions avec des tampons de glycérine boriquée, comme elle pourrait les supporter. Le lendemain, j'endormis la malade, je dilatai le col, je curettai soigneusement l'utérus, je lavai avec une sonde à double courant, à l'aide d'une solution sublimée, et j'appliquai un tampon glycéro-boriqué, laissé en place pendant 24 heures.

Il y eut un peu de douleur après l'opération, mais la température, qui variait de 100°, le matin, à 103° le soir, tomba à la normale et au bout de 3 semaines, lorsque je permis à la malade de se lever, il n'y avait plus de perte, l'utérus était devenu mobile, la sensibilité, très faible, n'existait qu'à une pression profonde, la tuméfaction et les exsudats avaient presque disparu complètement des ligaments larges. Plus tard la malade guérit tout à fait, sous l'influence des toniques et des douches chaudes. Je guéris le mari de sa blennorrhagie, je dilatai son rétrécissement et tous deux furent en bonne santé. En mai 1885, deux ans après la guérison, je délivrai la malade, par une version, d'un enfant vivant. Il n'y eut ni fièvre, ni complication puerpérale pendant la convalescence.

Observation II. — Mme R., âgée de 19 ans, mariée depuis 5 mois ; toujours bien portante jusqu'au mariage ; menstruation normale. Environ deux mois avant de me consulter (5 février 1884), elle avait eu des pertes blanches abondantes, de la dysurie, des cuissons et des brûlures à la vulve, des douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Amélioration à la suite d'applications de cataplasmes chauds sur l'abdomen et à la suite d'injections vaginales chaudes. Actuellement la malade souffre d'une douleur pelvienne aiguë. Température, 103° 1/2 ; pouls, 120 ; respiration, 28. Il y a eu des vomissements ; menstruation douloureuse et difficile ; l'abdomen est distendu, tympanique, tellement sensible que la pression des couvertures ne peut être supportée. L'examen vaginal révèle de la chaleur de la vulve et du vagin, avec perte purulente ; utérus fixé, immobile, très douloureux ; volumineux

exsudats englobant les trompes et les ovaires et donnant aux culs-de-sac une consistance de carton.

L'examen bimanuel ne peut être pratiqué, tellement le ventre est sensible. Les règles sont passées depuis une semaine. Le mari reconnaît avoir eu une blennorrhagie deux mois avant le mariage, mais il se croyait guéri, bien qu'il eût encore de l'écoulement pendant ces trois derniers mois ; il boit modérément. Sous l'influence de fomentations chaudes, cataplasmes, d'injections phéniquées chaudes, de l'administration des opiacés, en veillant à la régularité des selles, la douleur et la sensibilité diminuèrent en quelques jours, mais il n'en fut pas ainsi de la tuméfaction des ligaments larges et du péritoine, ainsi que de la fixation de l'utérus. Applications iodées et des mouches volantes sur le ventre ; les injections chaudes sont continuées. De la quinine, du fer, une alimentation réparatrice facile à digérer furent ordonnés et les forces revinrent peu à peu. La douleur ayant beaucoup diminué, l'examen bimanuel montra l'utérus fixé, mais non déplacé. Sur les deux côtés de l'utérus, particulièrement à droite, masse exsudative dans laquelle on pouvait percevoir les trompes augmentées de volume, dures, immobiles ; écoulement purulent se faisant à travers du col très petit. La pression sur l'utérus est peu douloureuse, quoique le vagin soit sensible. Après dix jours de plus de traitement général, avec continuation du traitement local, je dilatai le col, je curettai l'utérus et je fis un lavage avec l'eau phéniquée, après application sur tout l'endomètre d'une solution forte d'acide phénique, puis une injection vaginale antiseptique. Il y eut très peu de réactions après ce traitement, une antiseptie rigoureuse ayant été pratiquée. En une semaine, l'utérus diminua de volume, devint plus mobile et l'exsudat se réduisit notablement. Un écoulement abondant de pus se produisit alors par le col, les trompes diminuèrent de volume, la fièvre disparut et la malade put se lever et marcher. Après les règles, qui furent les moins douloureuses de toutes celles qui étaient survenues depuis le mariage, la malade se trouva tout à fait bien. Trois mois plus tard, on ne pouvait plus rien sentir d'anormal, sauf quelques légères adhérences fixant l'uté-

rus. En mai 1886, deux ans après cette attaque, la malade me demanda de l'accoucher ; l'accouchement survint le 1er juin et fut normal, sans complications puerpérales. Je l'ai accouchée deux fois depuis lors, et l'ai soignée une fois pour une fausse couche.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

Séance du 20 *novembre* 1893. — *Présidence de M.* Coyne.

Cancer primitif de l'ovaire droit ; ascite abondante ; laparotomie ; ablation ; guérison maintenue depuis quatre mois.

M. le Dr Prat (de Royan). — D... (Blanche), dix-sept ans, repasseuse, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Demons, salle 9, lit 20, le 18 juillet 1893, pour une tumeur de l'abdomen.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels ; elle a été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans et sa menstruation a toujours été très régulière depuis cette époque.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital aurait débuté, il y a trois ans, par des douleurs au niveau de la région des annexes droites. Ces douleurs n'étaient point très vives, mais elles étaient continues, et c'est ce caractère de persistance qui inquiéta bientôt la malade. Celle-ci ne tarda pas à découvrir dans le flanc droit la présence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance très dure et roulant facilement sous le doigt.

Depuis lors, cette tumeur a augmenté progressivement de volume, l'abdomen s'est développé considérablement et l'état général est devenu moins bon, surtout dans ces derniers temps ; l'appétit a diminué, l'amaigrissement a fait place à un certain em-

bonpoint, le dégoût de la viande est survenu et tous ces phénomènes joints aux douleurs déterminées par la présence de la tumeur ont décidé la malade à entrer à l'hôpital.

A son arrivée dans le service, la malade est pâle et son amaigrissement général contraste singulièrement avec le volume de l'abdomen, qui est énorme. Les différents appareils respiratoire, circulatoire et digestif fonctionnent toutefois régulièrement ; il y a cependant un peu de constipation. Les urines sont normales et les époques cataméniales, qui n'ont pas cessé de persister, surviennent toujours à intervalles fixes.

La malade étant couchée dans le décubitus horizontal, on constate que l'abdomen est volumineux, mais de forme très irrégulière ; tout le côté droit du ventre est le siège d'une saillie large et arrondie ; la peau a conservé ses caractères normaux ; on remarque toutefois quelques vergetures récentes.

La palpation est difficile parce que les parois abdominales se tendent vigoureusement sous les mains qui explorent ; elle permet toutefois de constater la présence d'une tumeur abdominale, indépendante de la paroi et sans adhérence aucune avec elle ; il est impossible d'en fixer les limites d'une façon bien précise, mais on peut se rendre compte qu'elle est lisse, rénitente en tous ses points, non fluctuante, qu'elle est mate à la percussion et entourée latéralement et en haut par une zone de sonorité intestinale ; il est impossible aussi de la mouvoir latéralement, mais les mouvements de haut en bas sont absolument impossibles.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permet d'affirmer que la tumeur est complètement indépendante de l'utérus, qui est normal comme forme et comme position.

Un second examen est fait quelques jours après sous le chloroforme ; il est aisé alors, lorsque les parois abdominales sont à l'état de relâchement, de limiter exactement la tumeur qu'on avait constatée et d'en apprécier le volume et le siège ; on peut se rendre compte qu'elle est grosse comme une tête d'adulte et qu'elle s'est développée aux dépens de l'ovaire droit ; en outre, la cavité abdominale est le siège d'une ascite assez abondante.

On n'hésite pas alors à porter le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, probablement maligne. L'opération est alors proposée à la malade et acceptée par elle.

La laparotomie est pratiquée le 20 juillet par M. le professeur

Demons, assisté du Dr Binaud, son chef de clinique, et de ses autres aides habituels.

Antisepsie rigoureuse de tout le champ opératoire. Incision de quinze centimètres sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis.

A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'une grande quantité d'ascite, de coloration jaune citrin et que l'on peut évaluer à quatre litres environ ; quand tout le liquide est évacué, on aperçoit une masse lisse, d'aspect grisâtre, que la main contourne aisément. Cette tumeur n'est adhérente en aucun de ses points aux organes voisins ; elle est reliée au ligament de l'ovaire droit par un pédicule aplati, d'une largeur de quatre centimètres et demi ; on la fait saillir hors de la plaie abdominale et son pédicule est étreint par une double ligature en chaîne au catgut, faite au moyen de l'aiguille mousse de Reverdin ; une ligature simple est placée au-dessous et le pédicule est sectionné au bistouri.

Nettoyage de la cavité abdominale au moyen des compresses-éponges antiseptiques.

Fermeture de la plaie abdominale par un triple plan de sutures à étages ; suture en surjet au catgut du péritoine et de la couche musculo-aponévrotique, suture à points séparés au crin de Florence de la peau. Pansement compressif à la gaze iodoformée.

Suites opératoires normales.

Le pansement est renouvelé le 2 août ; la plaie est réunie par première intention, les fils sont enlevés.

La malade quitte l'hôpital le 13 août ; la cicatrice est résistante ; l'état général commence à se relever ; les douleurs ont entièrement disparu ; l'appétit est revenu.

La malade a été revue par le professeur Demons au mois d'octobre dernier. Son état général était toujours excellent et il n'y avait point trace de récidive.

Cette tumeur a été examinée au laboratoire des Cliniques par M. le Dr Sabrazès, chef du laboratoire, et voici la note qu'il nous a donnée :

« La tumeur était de couleur rosée, de consistance molle infiltrée de sucs ; poids, 3 kil. 700 grammes.

« Histologiquement, c'est un carcinome typique dont la struc-

ture est constituée par un tissu conjonctif jeune, riche en cellules embryonnaires, creusé d'alvéoles irréguliers, lesquels contiennent, disséminés sans ordre, les éléments cancéreux ; ce sont de volumineuses cellules, rondes, ovales, en raquette, dissociées, à gros noyau granuleux, à protoplasma peu abondant, vivement colorées par le carmin. Le parenchyme ovarien n'est plus reconnaissable en quelque point que portent les coupes ; le néoplasme s'est substitué à la totalité de l'organe et l'a débordé extérieurement ; c'est en somme un carcinome malin de l'ovaire. »

Si l'on fait abstraction de la dégénérescence cancéreuse secondaire des kystes, le cancer primitif de l'ovaire est rare (Pozzi).

M. Binaud. Les tumeurs malignes de l'ovaire sont encore à l'étude. Pozzi les divise en deux classes : médullaires et papillaires. Le cas présenté par M. Prat rentre dans le cadre des tumeurs médullaires.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Procès-verbal officiel de la séance du 29 janvier 1894.

—

EPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CLITORIS.

M. Brindel. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie un épithélioma primitif du clitoris enlevé par M. le Dr Dubourg à une femme âgée de 70 ans, en traitement actuel à l'hôpital Saint-André, salle 1 bis.

Cette femme, B... (Elisabeth), ne présente aucune tare héréditaire ; ses parents sont morts fort âgés, ses frères et sœurs jouissent encore d'une bonne santé ; elle a un fils âgé de quarante ans. Elle-même n'a jamais été malade.

Le début de l'affection ne semble pas remonter à plus de trois mois. Il s'est manifesté d'abord par des crises de prurit clitoridien qui apparaissaient surtout le soir en se couchant, parfois dans la journée et obligeaient la malade à se gratter quelquefois jusqu'au sang.

Un mois après, elle s'aperçut de la présence, sur son clitoris, d'une petite tumeur rouge, bosselée, saignant au moindre contact, rendant la marche impossible à cause de la douleur provo-

quée par les ulcérations engendrées elles-mêmes par le frottement des grandes lèvres pendant la marche.

La tumeur, qui n'occupait d'abord que le clitoris (la malade est très affirmative à ce sujet), envahit bientôt le capuchon clitoridien, prit un volume beaucoup plus considérable pendant que se développait dans le pli inguinal gauche une tumeur ovalaire, roulant sous la peau et profondément sur l'aponévrose, à grand diamètre parallèle à ce pli ; elle était le siège de quelques élancecements douloureux et avait acquis, en un mois seulement, les dimensions d'une noix ; il s'agissait là d'une adénopathie de même nature probablement que la tumeur clitoridienne.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait donc deux tumeurs, une dans le milieu du pli inguinal gauche et qui faisait une petite saillie sous la peau (on sentait même, à la palpation, une deuxième petite tumeur, deuxième adénite, moins volumineuse que la première, dont elle offrait du reste tous les caractères) ; la deuxième, la tumeur clitoridienne, n'était visible qu'en écartant légèrement les grandes lèvres. Elle occupait la place du clitoris, empiétait sur l'extrémité supérieure des petites lèvres, mais non sur les grandes lèvres ; elle était séparée en bas du méat urinaire, qui du reste faisait une saillie pâle sur les parties environnantes, par un intervalle d'un centimètre environ.

Elle laissait suinter quelques gouttelettes d'un liquide roussâtre, d'une odeur infecte. Si on la saisissait entre le pouce et l'index, on pouvait la mobiliser sur le tissu cellulaire sous-muqueux, sauf en un point correspondant au point d'implantation du clitoris lui-même.

Plus de démangeaisons, peu de douleurs spontanées, sauf de temps à autre une sensation de cuisson ; développement rapide.

L'état général est resté excellent ; la malade n'a pas maigri ; pas de teint cachectique. Poumons, cœur, foie paraissent absolument normaux. L'utérus est petit, rétracté, comme chez une femme de cet âge ; la menstruation a disparu depuis plus de vingt ans et le vagin n'est le siège d'aucun écoulement. Le rectum est sain également, de même que les mamelles qui sont atrophiées, mais sans aucune espèce d'induration. Les ganglions pelviens paraissent indemnes.

L'opération a été des plus simples : incision circulaire avec le bistouri autour de la tumeur, dissection avec la sonde cannelée

du tissu cellulaire sous-muqueux, incision des corps caverneux du clitoris avec le thermocautère. Pas de réunion immédiate. Les deux ganglions inguinaux ont été enlevés de même, après incision de la peau, par énucléation.

L'état actuel de la malade, dix jours après l'opération, est des plus satisfaisants. La plaie de la vulve est en voie de cicatrisation ; la malade n'a eu de rétention d'urine que pendant quarante-huit heures, ce qui est assez fréquent dans les opérations sur la vulve et, malgré son âge avancé, elle paraît devoir récupérer promptement une santé parfaite.

Les cancers primitifs du clitoris sont assez rares, tel est le motif qui nous a engagé à présenter ce cas à la Société d'Anatomie.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

Procès-verbal officiel de la séance du 5 mars 1894.

—

FIBROME DE L'UTÉRUS.

M. Vitrac présente un utérus fibromateux enlevé par M. le professeur Lannelongue.

Une femme de quarante ans entrait dans le service pour des métrorrhagies. Trois ans auparavant, elle avait expulsé spontanément une tumeur fibreuse plus grosse qu'une tête de fœtus et dont les premiers symptômes dataient environ de 1888.

Pas d'accidents jusqu'en septembre 1893 ; depuis cette époque, nouvelles pertes de sang avec coliques expulsives, etc. On diagnostiqua un polype fibreux tombé dans le vagin et largement implanté sur le col. En effet, il n'était possible de pénétrer dans la cavité cervicale, même avec l'hystéromètre, qu'en un point très étroit, vers la partie antérieure droite du col.

Il fut impossible d'énucléer la tumeur et l'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 22 février. Le corps fibreux qui faisait saillie dans le vagin est plus gros qu'un œuf de dinde ; sa face postérieure se continue directement avec celle de la lèvre postérieure du col. Sur les faces latérales, on retrouve une légère saillie, qui est celle des lèvres du col ; en avant, l'orifice par lequel on pouvait arriver dans la cavité cervicale. Toute la moitié postérieure de l'utérus est atteinte d'infiltration fibreuse; dans les autres par-

ties du corps, on retrouve des noyaux fibromateux, interstitiels et sous-péritonéaux.

Sur la tumeur vaginale, on voit en avant un sillon que recouvrent des fausses membranes et des débris fibrineux, et qui avait ainsi échappé à l'examen. Cette encoche, assez profonde, est le résultat de la striction que le col a longtemps exercée sur le fibrome. Celui-ci a peu à peu dépassé l'orifice externe et il a conservé, en s'allongeant dans le vagin, la trace de sa disposition primitive.

Cette disposition en gourde de la tumeur, qui est des plus manifestes, la récidive de l'affection dans une forme identique à celle constatée autrefois, nous ont paru être les points intéressants de cette communication.

La malade est aujourd'hui en parfait état.

(*Journal de méd. de Bordeaux*).

REVUE DE LA PRESSE

—

LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ A L'AIDE DU DILATATEUR DE TARNIER ET DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES (E. GALLOIS).

Ces deux accoucheurs introduisent à vide dans l'utérus un ballon de caoutchouc qu'ils remplissent d'eau après son introduction ; mais, tandis que le ballon de Tarnier n'est que la portion dilatée en ampoule et du volume d'une noix, d'une sonde en caoutchouc dur, le ballon de Champetier de Ribes, beaucoup plus résistant et inextensible, atteint le volume d'une tête fœtale à terme.

L'ampoule de Tarnier s'introduit au moyen d'un conducteur généralement trop compliqué et que nous avons ici simplifié le plus possible, au point de vue de la facilité du nettoyage ; mais il restera toujours à cet appareil deux défauts : 1° la facilité de rupture de l'ampoule surtout après l'action sur elle des liquides antiseptiques ; 2° la nécessité d'introduire dans l'utérus un fil assez long après un trajet de ce même fil à travers les trous du conducteur. De plus, le dilatateur de Tarnier, fort petit, est parfois expulsé seul sans que le travail commence et il peut devenir nécessaire de le replacer pour n'obtenir parfois un résultat qu'après plusieurs jours.

Il est fort utile cependant, comme moyen préparatoire de dilata-

tion, sans qu'il soit possible même à ce point de vue d'affirmer sa supériorité sur la vulgaire éponge préparée bien aseptique.

Le ballon de Champetier de Ribes, beaucoup plus gros et beaucoup plus résistant, ne risque guère de se rompre, et son volume est tel que l'accouchement est sûrement provoqué à bref délai; l'emploi d'une pince spéciale, sorte de petit forceps en miniature, en rend l'introduction facile. On ne peut cependant toujours l'introduire d'emblée et il devient parfois nécessaire de procéder d'abord à un commencement de dilatation soit par l'ampoule de Tarnier, soit par tout autre moyen.

Au point de vue de la provocation de l'accouchement, le ballon de Champetier de Ribes est un moyen sûr et rapide; avec des précautions antiseptiques suffisantes il n'est pas plus dangereux que tous les dilatateurs connus ; il a, de plus, l'avantage de diminuer beaucoup la résistance des parties molles, facilitant ainsi l'accouchement qui, suivant l'expression de Champetier de Ribes, devient un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à la tête.

Deux reproches graves sont cependant adressés à ce ballon : 1° il facilite les mutations de présentation ; c'est ainsi que nous l'avons vu ici transformer un sommet en un siège ; 2° il détermine assez fréquemment la procidence du cordon. Nous venons de voir se réaliser ces deux modifications. La première, il est vrai, ne nous inquiétait guère et j'étais même relativement satisfait de voir se constituer spontanément une présentation du siège d'un fœtus de 8 mois, dans un bassin que je considérais comme aplati. Je pensais que la manœuvre aujourd'hui bien connue d'extraction de la tête dernière ferait courir au fœtus moins de danger qu'une application de forceps sur une tête non fixée et transversalement dirigée.

Vous avez vu qu'il n'en a pas été ainsi ; grâce à la forme du bassin non aplati, mais plutôt uniformément rétréci en entonnoir, nous avons eu beaucoup de peine à extraire la tête dernière. Tout le bénéfice de cette version presque spontanée a donc été perdu ; mais la vraie cause de la mort du fœtus me paraît avoir été la procidence du cordon, procidence qui n'a été que la conséquence de la mutation de présentation.

La méthode employée a donc été pour une bonne part la cause de cet insuccès relatif. Les incidents qui se sont produits étaient prévus, aussi dois-je vous dire pourquoi dans ce cas particulier nous avions employé le ballon de Champetier de Ribes de préférence à tout autre mode de provocation de l'accouchement.

L'année précédente, nous avions dû attendre un temps énorme pour que malgré des contractions énergiques une intervention quelconque fût possible.

Les membranes s'étaient spontanément rompues dès le début et la dilatation avait été si lente que nous avions dû le cinquième jour perforer d'abord le crâne, puis faire une cephalothripsie à travers un orifice à peine suffisant. La crainte d'un pareil retard nous a fait recourir à un ballon vraiment dilatateur et vous avez vu avec quelle facilité cette dilatation a été obtenue. Vous n'oublierez pas toutefois ce petit incident particulier, l'absence d'engagement du ballon trop volumineux que nous avons dû diminuer par l'écoulement d'une partie de son contenu pour parvenir à l'engager.

La conclusion à tirer de ces faits est que dans un bassin nettement aplati et à rétrécissement médiocre, le ballon de Champetier de Ribes eût été très indiqué.

Dans le cas particulier qui fait l'objet de cette leçon il eût été préférable de recourir, quitte à y mettre beaucoup plus de temps, soit aux douches de Kiwisch, soit à la sonde de Krause, soit à tout autre moyen qui n'eût pas modifié la présentation et eût moins fait redouter une procidence du cordon.

(*Le Dauphiné médical.*)

SUR LE DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ DU CARCINOME DANS LE COL ET DANS LE CORPS DE L'UTÉRUS,

Par le Dr J PFANNENSTIEL.

(*Centrablatt für Gynaekologie*, 1892, n° 43, p. 841.)

Le développement simultané de foyers carcinomateux distincts dans le col et dans le corps de l'utérus s'observe très rarement. Hofmeier (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1890, nos 42 et 43), dans un travail critique sur cette question, n'a trouvé à relever que 6 exemples authentiques. M. Pfannenstiel a observé récemment un nouveau fait du même genre, dont il a fait ressortir l'intérêt. Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui avait dépassé l'âge critique depuis huit mois. Depuis neuf mois elle était sujette à des métrorrhagies atypiques, qui étaient devenues de plus en plus abondantes et qui avaient jeté la malade dans un état de profonde anémie. Le col était cylindrique, volumineux : ses dimensions et sa consistance augmentaient au fur et à mesure qu'on

remontait vers les culs-de-sacs. Le canal cervical livrait accès à la dernière phalange du doigt, et formait un anneau dur, rigide. Le corps de l'utérus était un peu augmenté le volume, dur, mobile, en antéflexion. Etat normal des annexes. A la paroi postérieure du col, un peu à gauche, on sentait, au toucher, une nodosité du volume d'une noix, dure, sensible, à large base, saignante.

On diagnostiqua un cancer de l'utérus, ayant son point de départ dans la paroi postérieure du col, et on procéda à l'extirpation totale de l'utérus, à travers le vagin. La femme s'est rétablie.

L'examen des pièces anatomiques fit voir qu'on avait affaire à la présence simultanée de deux foyers carcinomateux dans le col et dans la cavité de l'utérus; que la dégénéroscence carcinomateuse avait débuté par la muqueuse du corps de l'utérus, et que la tumeur du col, ainsi que quelques nodosités trouvées dans la paroi du corps de l'utérus, étaient des foyers métastatiques. En se basant sur les résultats de l'examen histologique du cas, M. Pfannenstiel conclut qu'il faut être très circonspect dans l'interprétation des faits où en apparence il y a développement simultané de deux foyers carcinomateux dans le col et le corps de l'utérus. On ne saurait non plus se baser sur les volumes respectifs des deux foyers, pour conclure que le plus volumineux des deux représente le foyer primitif. Enfin l'auteur montre que dans les cas où on a constaté la présence simultanée de deux foyers carcinomateux distincts dans le corps et dans le segment le plus inferieur de l'utérus, le foyer primitif doit être cherché, en thèse générale, dans le corps.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

SUR DES LÉSIONS DU VAGIN, QUI N'ONT ÉTÉ OCCASIONNÉES NI PAR L'ACTE DE L'ACCOUCHEMENT, NI PAR UNE INTERVENTION DU MÉDECIN,

Par le Dr Schulein.

(*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, t. XXIII, fas, 2.c 1892.)

Une première observation relatée par l'auteur, concerne un cas d'hémorrhagie profuse consécutive à la défloration. Cette observation concerne une jeune femme de 20 ans. L'hymen, assez charnu, était déchiré et donnait une grande quantité de sang. Un tamponnement à demeure, avec de la gaze iodoformé, a tari l'hémorrhagie.

D'autre part, l'auteur a observé deux cas de déchirure de la paroi du vagin, chez des jeunes filles, la déchirure ayant été occasionnée par un coït brutal. Ici, encore, l'hémorrhagie a été tarie par un tamponnement.

Chez une autre femme, une déchirure du vagin, survenue pendant un coït, intéressait vraisemblablement une cicatrice ancienne provenant d'une opération de fistule vésico-vaginale. Cet accident a rendu nécessaire une seconde opération.

Deux autres cas, relatés par l'auteur, concernent des lésions traumatiques des organes génitaux, survenues lors d'une chute sur des objets pointus. La déchirure intéressait la paroi recto-vaginale, et occasionnait une incontinence des matières solides et des gaz. La lésion datait déjà de loin, lorsque s'est produite l'intervention opératoire. Il a fallu aviver les bords de la déchirure et oblitérer la solution de continuité au moyen de points de sutures. La guérison s'en est suivie.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

SUR LES OPÉRATIONS NÉCESSITÉES PAR LE CANCER DE L'UTÉRUS,

Par le Dr W. Tippakoff.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 43, p. 848.)

Dans le cours des deux dernières années (1891-1802), M. Tippakoff a pratiqué 40 opérations nécessitées par des tumeurs malignes de l'utérus, à savoir : 35 cancers du col, 15 carcinomes du corps et 3 adénomes de la cavité utérine. Une malade était âgée de 30 ans, une seconde de 62 ans ; l'âge des autres était compris entre 42 et 53 ans.

Chez 5 de ces femmes, affectées d'un cancroïde du col, l'intervention chirurgicale a consisté dans l'extirpation de la portion vaginale. Chez 25 autres malades, l'auteur a pratiqué l'amputation supra-vaginale du col (une des ces femmes présentait une récidive une année après l'opération); 5 femmes ont subi l'extirpation totale de l'utérus. L'extirpation de l'utérus a été pratiquée également chez 12 femmes affectées d'un adénome de même siège.

Donc les opérations pratiquées par l'auteur se répartissent ainsi au total : 5 amputations supra-vaginales, et 20 extirpations totales de l'utérus. Il n'y a pas eu un seul cas de mort.

Indépendamment du cas de récidive, signalé plus haut, il en est sur-

venu un autre, à la suite d'une extirpation totale chez une femme affectée d'un cancroïde du col.

Les 3 femmes affectées d'un adénome étaient considérablement affaiblies par des métrorrhagies, au moment d'être opérées. M. Tippakoff ne s'est résigné à pratiquer chez elles l'extirpation totale de l'utérus qu'après avoir eu recours infructueusement à un curettage énergique suivi d'une cautérisation.

L'extirpation totale de l'utérus réclame, comme conditions préalables, la conservation de la mobilité de l'utérus et l'absence d'infiltrations dans le parametrium et dans les ligaments larges.

Dans un cas de cancer de l'utérus, chez une femme de 53 ans, affectée en outre d'une lésion organique du cœur, il semblait que l'état de la malade fût trop grave pour laisser des chances de succès à une opération. Celle-ci fut pratiquée néanmoins et se termina de la façon la plus heureuse (inhalations alternatives de chloroforme Pictet et d'oxygène). Mais, le troisième jour après l'opération, la malade fut prise d'un accès de manie aiguë, qui dura six semaines, et qui se dissipa ensuite sans laisser de traces.

Une autre fois une hémorrhagie grave s'est produite dans le cours de l'opération, par suite de la chute d'une ligature appliquée sur l'artère utérine. L'hémorrhagie a pu être tarie.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

NOTE SUR UNE GROSSESSE TRIGÉMELLAIRE,

Par le Dr Lugeot, chirurgien en chef de la Maternité de Pellegrin.

X..., secondipare, vingt-deux ans, née à Bordeaux. La sœur de sa mère a eu un accouchement gémellaire. Rien de pareil dans la famille du mari, qui est Espagnol.

Voici les renseignements qui m'ont été fournis par Mme Fabre, la sage-femme qui a présidé à ce triple accouchement et qui s'est tirée à son honneur des difficultés qui ont surgi.

Dès le début, la grossesse a été pénible, tandis que la première avait été très bonne. Vomissements très fréquents, surtout le matin, ayant continué jusqu'au moment du travail. Amaigrissement et affaiblissement marqués. Pas d'œdème des membres inférieurs, ni des organes génitaux ; œdème sus-pubien considérable. La femme était énorme et on soupçonna une grossesse double avec hydramnios, mais sans faire le diagnostic par le palper et l'auscultation.

Le 13 février, sans douleur, perte d'eau assez considérable. Le 15 février, apparition des premières douleurs : travail lent, à dilatation palmaire, rupture d'une volumineuse poche d'eau ; un sommet s'engage en G. A. et un enfant du sexe masculin est expulsé facilement ; section du cordon entre deux ligatures ; la sage-femme examine l'abdomen, qui est resté presque aussi gros qu'avant cet accouchement, et trouve deux têtes à la partie supérieure ; une deuxième poche d'eau, aussi volumineuse que la première, est rupturée un quart d'heure après et la main, rapidement introduite, saisit un pied et amène avec facilité un deuxième garçon. Cordon noué et sectionné. Troisième garçon. Cordon noué et sectionné. Troisième poche d'eau, moins volumineuse, mêmes manœuvres et extraction d'un troisième garçon qui paraît un peu étonné, mais qui est rapidement ranimé.

Vingt-cinq minutes après, délivrance naturelle par simple traction d'un placenta volumineux pesant 800 grammes.

Les deux premiers enfants pesaient à peu près exactement le même poids, 2 kil. 450 gr. Le troisième était un peu plus petit, il pesait 2 kilos.

Le placenta était formé d'une masse unique ; il y avait trois poches formées par l'amnios seulement. Les trois cordons avaient quarante et quarante-cinq centimètres ; leur insertion était centrale ; celui du plus petit enfant était plus court et la loge amniotique plus petite.

En résumé, trois enfants du sexe masculin, un placenta avec un seul chorion et trois amnios. Donc, trois ovules fécondés dans un même ovisac. En additionnant les poids des fœtus, du placenta et du liquide amniotique, évalué à trois litres, on trouve que cette femme portait 10 kil. 700 gr. à la fin de sa grossesse.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

VULVO-VAGINITE CHEZ LES PETITES FILLES.

M. Simon, professeur agrégé à la Faculté, étudie, dans la *Revue médicale de l'Est*, les vulvo-vaginites des petites filles au point de vue clinique et médico-légal.

Il existe, d'après l'auteur, différentes classes de vulvo-vaginites parfaitement distinctes les unes des autres par leur origine, sinon par leurs caractères symptomatiques, et dont un certain nombre sont nées incontestablement en dehors de l'infection gonorrhéique. Après avoir éliminé le phlegmon de la vulve, certaines localisations d'affections

générales, telles que l'impétigo, l'herpès, les syphilides, les vulvites aphteuses, etc., il reste, dans une première série de cas, *la vulvite dite spontanée*, survenant sans cause appréciable et plus fréquemment sous l'influence de l'irritation locale par malpropreté, par présence d'oxyures ; mais le tempérament, les mauvaises conditions hygiéniques jouent ici un grand rôle. D'autres faits résultent d'une contamination extérieure, ce qui explique les petites épidémies de familles ; dans une observation de l'auteur, la petite fille se servait pour sa toilette intime de la même éponge que sa mère, atteinte d'un écoulement vaginal ancien.

Le deuxième groupe de vulvites comprend les *vulvites traumatiques*, plus ou moins intenses, succédant parfois très rapidement à un attentat quand la violence a été considérable.

Le diagnostic différentiel entre ces deux ordres de fait est très difficile ; la présence des traces de violence seule peut constituer une probabilité en faveur d'un attentat ; il faut toujours vérifier si le linge porté par l'enfant, avant l'attentat, ne présente pas de traces d'un écoulement antérieur. MM. Brouardel et Motet ont démontré la faible utilité, au point de vue du diagnostic, des allégations de l'enfant.

Restent les vulvo-vaginites blennorrhagiques, dont le diagnostic, non moins complexe, est basé sur l'intervalle du temps entre le coït impur et l'apparition de la maladie ; sur l'intensité de l'inflammation et l'abondance de l'écoulement, la participation de l'urèthre ; sur l'examen bactériologique ; mais tous ces signes sont fort contingents.

En somme, le diagnostic différentiel des diverses vulvites est un problème toujours difficile, sinon souvent insoluble.

UN CAS DE TUBERCULOSE PRIMITIVE DU COL,

Par Veit.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, n° 28.)

L'observation de Veit concerne une femme de 40 ans, célibataire, qui était venue consulter le médecin pour des flueurs blanches. Le périnée était occupé par une ulcération ; de plus, la partie supérieure du vagin et le col étaient occupés par une lésion qui ressemblait à une tumeur carcinomateuse ou sarcomateuse. On excisa un fragment du col, pour le soumettre à l'examen histologique. Il se fit voir qu'on avait affaire à une lésion tuberculeuse. Les poumons paraissaient

être entièrement sains ; on ne constatait aucun signe apparent d'une lésion tuberculeuse d'un autre organe. M. Veit essaya d'extirper les foyers de tuberculose qui avaient pour siège le vagin et le col. La malade succomba au shock traumatique. A son autopsie, on trouva comme seules lésions autres que celles qui ont été mentionnées ci-dessus, une tuberculose miliaire aiguë de la rate, du foie, des reins, des ganglions rétro-péritonéaux.

M. Veit a mentionné un fait analogue, publié récemment par J.-W. WILLIAMS. (*John Hopkins's Hospital Reports*, vol. III, p. 85, et *Rev. gén. de med.*, *de chir. et d'obst.*)

MÉTHODE CONSERVATRICE DE TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE,

Par O. KUSTNER.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, 41, p. 945.)

L'auteur suppose le cas d'une inversion utérine de vieille date, où les tentatives manuelles faites pour retourner l'utérus ont échoué, ainsi que la colpeuryse, et où l'état général de la femme est tel qu'il nécessite une intervention opératoire. Si dans ces conditions on veut se maintenir sur le terrain de la chirurgie conservatrice, on pourra faire la laparotomie, puis la dilatation digitale de l'entonnoir formé par l'utérus inversé. Quand on croit devoir franchir les étroites limites tracées par la chirurgie conservatrice, on pourra pratiquer soit la castration, soit l'amputation du corps de l'utérus, soit l'extirpation totale de cet organe.

Dans une circonstance récente, il s'agissait précisément d'un cas d'inversion utérine de vieille date, M. Küstner avait épuisé toutes les ressources usuelles qui ressortissent à la thérapeutique conservatrice, lorsque l'idée lui vint de tenter une opération qui n'entraîne à aucune mutilation et qui aboutit au résultat voulu. Voici comment il a caractérisé les différents temps de ce procédé, après avoir donné la relation clinique du cas :

1° Large incision transversale du creux de Douglas.

2° Introduction d'un doigt, d'arrière en avant, dans l'entonnoir formé par l'utérus inversé ; éventuellement on détruira les adhérences péritonéales qui peuvent oblitérer l'entonnoir.

3° Incision longitudinale de la paroi postérieure de l'utérus, à tra-

vers la muqueuse, aussi rapprochée que possible de la ligne médiane, partant d'un point situé à 12 centimètres au-dessus de l'orifice externe du col ; cette incision doit aller jusqu'au revêtement péritonéal de l'organe.

4° Redressement de l'utérus ; avec l'index introduit à travers l'incision du creux de Douglas on fixe l'utérus en place, et avec le pouce de la même main on retourne l'organe.

5° On ferme la plaie utérine du côté péritonéal, au moyen d'une double rangée de sutures superficielles et profondes.

6° On suture l'incision du creux de Douglas.

Cette opération a paru à l'auteur moins grave qu'une tentative de réduction bimanuelle pratiquée sous le chloroforme.

RÉGRESSION D'UN FIBRO-MYOME UTÉRIN A LA SUITE DE L'AMPUTATION DES SEINS.

M. Heidenhain fut consulté, il y a deux ans, par une femme de quarante-quatre ans qui était porteur d'une volumineuse tumeur de l'utérus ; il s'agissait vraisemblablement d'un fibro-myome.

L'état général de la malade était excellent et son aspect florissant ; la menstruation était régulière. Une opération ayant été refusée, M. Heidenhain lui conseilla une saison à Tolz ou à Kreuznach. La malade passa quelque temps dans cette dernière station et en revint un peu améliorée, mais sans que sa tumeur parut diminuée de volume.

En février dernier, cette femme revint consulter M. Heidenhain. Elle avait dans le sein droit une tumeur du volume du poing et dans le sein gauche une autre de volume moitié moindre ; dans les deux aisselles on sentait aussi des tumeurs. M. Heidenhain amputa les deux seins, en faisant le curage des deux aisselles. Examinant son opérée au mois de septembre, il fut surpris de constater une régression telle de la tumeur utérine que l'utérus avait à peine le volume du poing.

M. Heidenhain pense qu'il faut attribuer cette régression à l'amputation des seins, probablement par l'intermédiaire du sympathique. Il se demande si, dans certains cas, l'amputation des seins ne serait pas à conseiller plutôt que l'hystérectomie.

(*Berliner. klin Wochensch.*, n° 40, 1893, et *Bull. médical.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA BACTÉRIOLOGIE DES SUPPURATIONS PÉRIUTÉRINES,

Par MM. Henri Hartmann et V. Morax.

Si la question des opérations à opposer aux diverses lésions inflammatoires des annexes a tenu dans ces dernières années et tient encore aujourd'hui une place importante dans les discussions de nos sociétés savantes, il n'en est pas de même de celle de la nature et de la pathogénie de ces inflammations. Ayant depuis un an poursuivi sur ce point des recherches dans le service de notre maître, le professeur Terrier, nous vous demandons la permission de vous en exposer les résultats.

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinées, tant au point de vue microscopique qu'en recourant à la méthode des cultures, nous n'avons pas trouvé de micro-organisme. Dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans 2 hématocèles rétro-utérines, avec fièvre (38°4 dans un cas ; 38°2 et 38°8 dans l'autre) l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture. 2 cas de suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges avec propagation dans un cas au psoas, nous ont montré la présence du streptocoque à l'état pur par la double méthode de l'examen sur lamelles et des cultures.

33 fois nos recherches ont porté sur des collections suppurées formées aux dépens des annexes :

13 fois le pus était stérile.

13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bactérium coli. Dans ce dernier cas, le rectum était induré, cartonné ; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir ; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire, d'une salpingite blennorrhagique par du coli venu à travers la paroi de l'intestin.

4 fois le pus contenait des streptocoques, une fois à l'état pur, une fois associé à du bactérium coli et à un petit bacille que nous n'avons pas déterminé, une fois associé au bactérium coli, au même petit bacille et à un bacille en chaînettes.

2 fois il s'est agi de collections à pneumocoques, 1 fois d'une collection à bactérium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient l'un à une ovarite que l'exa-

men histologique a démontrée être tuberculeuse, les autres à des lésions généralement anciennes, le plus souvent gonorrhéiques selon toute probabilité. Il nous est cependant impossible d'affirmer d'une manière absolue l'ancienneté de toutes ces suppurations stériles, 2 des 13 malades qui les portaient, ayant présenté, 6 semaines et 2 mois auparavant, une poussée inflammatoire manifeste.

Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant des poussées pelvipéritonitiques récentes, remontant à un temps qui variait de 3 semaines à 3 ou 4 mois au maximum, le plus souvent à 4 ou 5 semaines.

L'interrogatoire des malades nous a même appris que les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve, en un mot qu'il s'agissait d'une inoculation blennorrhagique récente. L'influence des grossesses antérieures sur le développement de la salpingite blennorrhagique nous a de plus paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares ; dans 3 des 11 autres cas, l'infection salpingienne blennorrhagique a même paru succéder au premier coït qui a suivi l'accouchement, soit que les conditions de réceptivité morbide de la cavité utérine et des trompes aient été augmentées par le fait de l'accouchement soit, plus simplement qu'on ait eu affaire à des inoculations résultant de ce que le mari, contraint pendant les derniers temps de la grossesse à l'abstinence conjugale, ait été chercher en dehors du ménage des germes infectieux. Un point reste acquis, c'est que le fait d'une grossesse antérieure favorise le développement de la salpingite blennorrhagique qui nous a paru relativement plus rare chez les nullipares sujettes principalement à l'endométrite cervicale.

Les renseignements recueillis nous montrent que les salpingites à streptocoques ont une histoire différente, qu'elles succèdent presque immédiatement à des lésions en quelque sorte traumatiques du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

Quant aux salpingites à pneumocoques ou à bacterium coli, l'étude des antécédents des malades ne nous permet de rien indiquer de spécial dans leur étiologie ; leur nombre est du reste trop restreint pour nous permettre d'énoncer la moindre hypothèse.

Un deuxième point, que nous avons recherché dans nos observations, est celui de savoir s'il existe un rapport entre la marche de la température et la variété de salpingite observée. Nous devons dire

qu'à cet égard les faits, que nous avons recueillis, ne nous permettent de tirer aucune conclusion, ni au point de vue de la nature de l'agent infectieux, ni même, le plus souvent, à celui de la suppuration ou de la non suppuration de la lésion. Dans deux cas de foyers suppurés, la température avait oscillé au début de la poussée entre 39° et 40° pour redescendre à la normale au moment de l'intervention ; dans un foyer à pneumocoques elle était de 39°1 avant l'opération ; dans deux cas de salpingite à gonocoques, elle variait entre 38° et 39° ; dans un troisième, où le gonocoque était associé au bacterium coli, elle était de 38° ; de même dans une des salpingites à streptocoques et dans une salpingite à pus stérile. Dans la plupart des autres cas, elle était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Par contre, nous avons quelquefois observé de petites ascensions à 37°8, 38°, chez des malades ayant des salpingites non suppurées. De plus, si dans trois grossesses tubaires nous n'avons pas noté d'élévation de température, il y avait, en l'absence de tout microorganisme décelable par nos moyens actuels d'investigation, une élévation de la température à 38°5, 38°4, 38°8 chez trois malades atteintes d'hématocèles enkystées.

Nos résultats au point de vue de la recherche d'un rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion en présence de laquelle on se trouve sont donc négatifs, conformes, en cela, à ceux communiqués par Schanta au dernier Congrès de gynécologie allemande.

Une autre question que l'on peut se poser est celle de savoir si la nature de l'agent infectieux a une grosse importance au point de vue des suites de l'opération et si la ligne de conduite doit varier suivant que l'on se trouve en présence de tel ou tel de ces agents. C'est là un point qui paraît avoir beaucoup préoccupé quelques gynécologistes allemands. Schanta et Wertheim, en présence des résultats douteux fournis par l'anamnèse et par l'étude de la température, conseillent de toujours pratiquer l'examen rapide d'une préparation faite sur lamelles au cours de l'opération. On ne ferait, dit Wertheim, que très rarement des erreurs, même avec ces simples examens extemporanés. Si le pus recueilli par ponction de la poche est stérile, ou s'il ne contient que des gonocoques, on fera, dit Schanta, une extirpation complète de la poche, s'il contient des microorganismes autres que le gonocoque, on ne fera pas d'opération radicale, on suturera la poche

à la paroi, on tamponnera la plaie à la gaze iodoformée, et cinq jours plus tard, quand on sera sûr du développement d'adhérences, on incisera la poche que l'on drainera. Ce sont là, croyons-nous, des pratiques subtiles qui n'ont rien de chirurgical, et nous ne voyons guère un chirurgien attendant pour continuer son opération, après avoir ouvert le ventre de sa malade, que l'on revienne du laboratoire lui dire la nature du pus. C'est là une chirurgie par trop microscopique, et ces déterminations opératoires ultra-scientifiques, suivies par quelques chirurgiens allemands ne nous semblent pas destinées à un grand avenir. Elle n'ont du reste pas donné des résultats bien merveilleux. Sur 216 cas de lésions inflammatoires, le professeur Schanta a 13 morts, soit 6 0/0 ; et si l'on n'envisage que les salpingites contenant des agents infectieux, on voit que 33 pyosalpinx à gonocoques ont donné 3 morts et que 15 pyosalpinx relevant d'une autre infection ont donné 3 autres morts.

Certes la contamination du péritoine par un pus virulent (streptocoques, pneumocoques, etc.) est chose grave ; aussi faut-il *dans tous les cas* se prémunir contre elle. Nous croyons qu'il est pour cela inutile de procéder timidement comme les gynécologistes allemands, dont nous venons de rappeler l'opinion. Avec un emploi judicieux du plan incliné et des compresses stérilisées chez une malade bien anesthésiée on peut, par la voie abdominale, procéder à une ablation complète des annexes, tout en opérant, serions-nous tentés de dire, *en foyer limité*, ce qui est le gros point en chirurgie abdominale dès que l'on craint une infection. La pratique de notre maître, le professeur Terrier, et la nôtre le prouvent d'une manière péremptoire. Sur 70 cœliotomies, pratiquées depuis le 1er janvier 1893 à l'hôpital Bichat pour lésions inflammatoires des annexes (dont 37 étaient suppurées), il n'y a eu qu'une mort. Ces résultats se passent de commentaires.

Le seul point thérapeutique où l'examen du pus aurait peut-être quelqu'utilité, est celui de la conduite à tenir vis-à-vis du drain que notre maître, M. Terrier, et nous employons assez volontiers (20 fois sur 37 cas suppurés). Lorsqu'en effet, après ablation d'une salpingite à pus stérile ou contenant des gonocoques on examine le liquide du drain, on constate que pendant les 48 premières heures il reste stérile, puis que vers le troisième ou le quatrième jour il est secondairement infecté par des microbes, spécialement par le staphylococcus épidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques nous avons constaté la présence de cet agent infectieux dans le drain, 7 et

8 jours après l'opération. Il y aurait donc intérêt à retirer le drain le plus rapidement possible dans les sapingites à pus stérile ou dans les salpingites à gonocoques, dès que le suintement sanguin a diminué, au bout des 36 ou 48 premières heures et à le laisser plus longtemps dans les salpingites contenant des microbes qui se développent plus facilement dans le péritoine, le streptocoque par exemple. C'est la seule conclusion thérapeutique que nous croyons quo l'on puisse tirer des examens bactériologiques.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

TUMEUR ABDOMINALE OPÉRÉE CONSÉCUTIVEMENT A UNE PREMIÈRE OOPHORECTOMIE. — GUÉRISON (1),

Par le Dr G. FRAISSE.

Mme C. (rue du Bois, à Levallois-Perret), grande et forte femme de 28 ans, Ipare, souffre d'une périmétrite chronique des plus caractérisées : douleurs violentes et continues, amaigrissement, état général très affaibli, etc., etc.

A l'examen, qui a lieu dans les premiers jours d'octobre 93, je constate des masses fluctuantes et adhérentes, situées dans le Douglas, de chaque côté du col. Diagnostic : pyosalpinx bilatéral.

Je propose l'enlèvement des tumeurs, et je pratique une première laparotomie le 20 octobre 93 avec l'asssitance des Drs Clarot et Poirier, Rien à signaler dans cette intervention, un peu longue et pénible, comme c'est l'habitude. Les deux sacs tubaires purulents, dont l'un a été ouvert pour l'examen du contenu, étaient d'un volume plus ordinaire et étaient fixés par de très nombreuses adhérences.

Les suites ont été aussi bonnes que possible. Les douleurs ont disparu de bonne heure et vers le 15e jour, Mme C. pouvait se lever et marcher.

Un pareil résultat pouvait faire espérer une guérison durable, définitive. En effet, le mois de novembre 1893 a été excellent. Tous les jours, la malade semblait renaître à la santé, reprenait de l'embonpoint.

Toutefois, vers la fin de ce même mois, Mme C. recommence à souffrir, non plus à la même place, il est vrai, mais plus haut dans l'abdomen. Les douleurs prennent rapidement un caractère aigu ; l'a-

(1) *Soc. Obst. et Gynéc.*, 8 février 1894.

maigrissement reparaît, l'alimentation devient de plus en plus difficile, le sommeil est supprimé, etc., etc.

L'examen vaginal et la palpation combinée ne révèlent rien dans la région pelvienne. Par contre, on constate dans l'hypochondre droit, une tuméfaction que perçoit la malade et qui semble faire des progrès journaliers.

Au 15 décembre 1893, la situation paraît tout à fait nette. Il s'agit d'une tumeur dure, globuleuse et assez régulière, de la grosseur d'une forte tête d'enfant à terme, située dans l'hypochondre droit, immédiatement au-dessous du foie, auquel elle semble faire suite.

Cette tumeur est fixe de haut en bas, et légèrement mobile dans le sens transversal ; elle est douée d'une demi-sonorité très appréciable ; enfin, elle est séparée de la région pelvienne par une large zone de tissus sains, où l'examen ne révèle aucune lésion, aucun symptôme douloureux. Urines rares et très chargées ; pas d'œdèmes, mais état général s'aggravant tous les jours.

Après plusieurs examens, je penche vers l'hypothèse d'un rein déplacé et kystique, en état de pyonéphrose, et je propose la néphrectomie transpéritonéale. On juge du désespoir de la malade et de son entourage.

Cette seconde laparotomie a eu lieu le 20 déc. 1893 (juste deux mois après la première), avec le concours des mêmes assistants. Longue incision longeant le bord externe du muscle gr. droit et au cours de laquelle l'artère épigastrique est divisée. A l'ouverture du ventre on trouve l'épiploon très épaissi et adhérent d'une part à la paroi, de l'autre à une masse intérieure.

Après une décortication assez pénible, je finis par mettre à nu la tumeur. Celle-ci est constituée par une masse grisâtre, sanguinolente par places : son aspect et sa consistance rappellent ceux de la substance cérébrale. Elle englobe plusieurs anses intestinales, notamment deux, qui sont soudées à sa convexité et la masquent en partie ; à cette circonstance est due la faible sonorité qui avait fait pencher vers l'hypothèse d'une tumeur rénale.

Après examen direct, il est hors de doute que la tumeur est constituée par le mésentère extrêmement épaissi, comme charnu et dégénéré.

L'énucléation des anses intestinales a été des plus pénibles ; en deux endroits, j'ai dû isoler l'intestin de ses attaches mésentériques au moyen de sutures en chaînes. Ce procédé, bien que supprimant

des rapports vasculaires précieux, m'a paru moins dangereux et plus rapide que la résection pure et simple de tout l'intestin adhérent, et par la suite je n'ai pas eu à m'en repentir. Enfin, après avoir placé de proche en proche un grand nombre de ligatures, j'ai pu extraire par morceaux toutes les parties visibles de la tumeur, dont voici divers fragments, conservés dans l'alcool et considérablement réduits de volume.

D'autres fragments, non moins gros, ont été donnés pour être examinés de suite. De plusieurs examens différents, il résulte que la tumeur contenait de nombreux éléments sarcomateux.

En raison de la nature des lésions et aussi des difficultés, des longueurs opératoires, j'ai refermé le ventre sans grand espoir. Or, contre tout attente, la malade a guéri.

Les suites ont été encore plus bénignes que la première fois. Aujourd'hui, on ne trouve plus traces de la tumeur. La malade a fait des progrès rapides, de sorte qu'aujourd'hui elle paraît tendre vers un complet rétablissement.

J'avouerai que ce cas, outre l'erreur de diagnostic, qui est une chose assez commune, comporte pour moi de nombreuses incertitudes.

Tout d'abord, y a-t-il un rapport de cause à effet entre les deux ordres de lésions, ou bien le néoplasme en question était-il préexistant aux lésions purement inflammatoires qui avaient nécessité l'oophrectomie ? Y a-t-il eu une poussée imprimée au processus néoplasique par le fait du premier traumatisme ? etc., etc. Il est vrai que, depuis, j'ai pu m'assurer que le malade souffrait anciennement dans la région du creux épigastrique, qu'elle avait des digestions atroces et une constipation opiniâtre ; mais j'avais mis tous ces désordres sur le compte de lésions annexielles.

Au moment du premier examen, j'avais négligé d'explorer les régions supérieures du ventre, toute mon attention ayant été attirée du côté des organes pelviens. Il y a eu de ce côté insuffisance d'exploration, faute qui se commet du reste assez souvent. De même, au cours de la première intervention, je n'ai pas songé à promener la main dans les diverses zones de la cavité abdominale ; de sorte qu'on ne peut rien dire touchant la préexistence de la tumeur opérée secondairement.

Il serait désirable de savoir si, malgré les bonnes apparences actuelles, nous sommes sous le coup d'une récidive plus ou moins prochaine,

ou bien si nous pouvons raisonnablement espérer une guérison définitive. De ce chef, je crois qu'il est impossible de rien affirmer.

De même, on peut se demander quel est le sort de cet intestin, privé de la sorte et sur plusieurs points de ses moyens de nutrition ? Là était le vrai point noir, en ce qui concernait la conservation de l'organe et de sa fonction. Effectivement du 12e au 20e jour, nous avons eu deux crises très pénibles de coprostase, qu'il a fallu combattre par les moyens les plus énergiques. Aujourd'hui, toutefois, la péristaltique intestinale paraît bien rétablie.

Pour finir, j'ajouterai que, pendant la deuxième laparotomie, j'ai exploré minutieusement et fait explorer par mes aides toute la région du petit bassin, siège de la première intervention. A ce niveau, le péritoine était partout reformé, lisse et uni, sans adhérences intestinales. Les ligaments larges réséqués formaient une sorte de relief mou et non enflammé. Les moignons des annexes étaient à peine appréciables ; le corps de l'utérus avait subi un notable retrait et était devenu très mobile ; enfin, toutes les ligatures à la soie avaient disparu, y compris celles des cornes utérines. Ce fait contredit les autres qui attribuent à la résorption des fils de soie une durée beaucoup plus longue, de 6 mois à un an.

RÉTENTION D'URINE CHEZ LA FEMME. (Dr ROUTIER.)

Nous avons reçu en même temps dans notre salle de femmes trois malades qui, toutes trois, se plaignent de la même chose, elles ne peuvent pas uriner.

La rétention d'urine, vous le savez, n'est elle-même qu'un symptôme, ce n'est pas une maladie à proprement parler ; quand donc on se trouve en présence de cas semblables, le rôle du chirurgien ou du médecin ne consiste pas seulement à constater la réalité de la rétention d'urine et à vider la vessie, mais il faut savoir pourquoi cette vessie ne se vide pas normalement, quelles sont les causes de la rétention ; de cette façon, on peut instituer un traitement rationnel bien étayé sur les indications fournies par l'analyse des malades.

C'est cette analyse que je me propose de faire aujourd'hui à propos de nos trois malades :

La première est une femme de quarante-trois ans, qui nous raconte que depuis trois jours elle ne peut plus uriner du tout ; elle a en effet le ventre très distendu, comme par une grossesse avancée ; on voit

se dessiner une tuméfaction médiane qui monte au-dessus de l'ombilic, mate à la percussion, fluctuante, tandis que les flancs sont sonores des deux côtés ; on pourrait croire à un kyste ovarique ; mais la forme pyriforme et le renseignement donné par la malade nous font bien admettre que c'est la vessie distendue.

Le toucher vaginal nous permet de sentir au loin le col utérin, tout le petit bassin paraît plein ; en somme, on n'a ainsi que des renseignements peu précis.

C'est alors que, passant une sonde de Nélaton dans l'urètre sans grande difficulté, nous avons pu évacuer deux litres d'urine un peu foncée de couleur, mais limpide et sans traces de pus.

Pendant cette évacuation, nous interrogions la malade, qui nous apprenait que depuis trois semaines déjà, elle avait de la difficulté à uriner : l'effort de miction devait être plus beaucoup grand qu'autrefois, et la sortie de l'urine se faisait toujours attendre un certain temps ; cette difficulté avait peu à peu augmenté et enfin était survenue il y a trois jours, l'impossibilité absolue.

En éveillant son attention, nous apprenions en outre que précisément à cette époque, il y a trois semaines, à la suite d'un effort violent, elle avait senti comme quelque chose qui descendait dans son ventre, et enfin que depuis longtemps cette femme souffrait de pesanteur dans l'abdomen.

Quand la vessie fut vidée, il fut facile de voir que, malgré sa diminution notable, le ventre restait gros, et surtout que dans sa partie inférieure il était asymétrique.

La palpation nous permettait bien vite de reconnaître une tumeur dure, irrégulière, qui remplissait le petit bassin, et par le toucher vaginal combiné, il n'était pas difficile de dire que cette tumeur était dure, peu ou pas mobile et qu'elle faisait corps avec l'utérus.

Dès lors, le diagnostic était fait, il s'agissait d'un fibrome utérin.

La reconstitution des accidents n'était pas moins facile, les pesanteurs ressenties depuis dix-huit mois n'avaient pas d'autre motif que la présence de ce gros fibrome ; la sensation brusque de ce quelque chose qui descendait, à la suite d'un effort et d'une violente fatigue, n'était pas autre chose que la migration fâcheuse, j'aimerais mieux dire la propulsion fâcheuse de ce fibrome dans le petit bassin, où, bridé par la paroi osseuse, il allait comprimer le col vésical et provoquer la rétention d'urine.

C'est là une marche insolite dans l'évolution des fibromes qui,

cependant, de temps en temps par un autre mécanisme, causent de la rétention d'urine ; mais je ne veux pas ici faire l'histoire des fibromes utérins, nous ne nous occupons que de ces cas particuliers de rétention d'urine.

La seconde malade est plus jeune, elle a trente ans ; vous la voyez exsangue, avec des tendances syncopales, le ventre gonflé, douloureux ; dans la partie sous-ombilicale, une tuméfaction existe, mal limitée ; la fluctuation sus-pubienne est manifeste.

Le toucher vaginal nous fait découvrir le col utérin plaqué derrière la symphyse, où il est fortement immobilisé par une tumeur qui remplit tout le petit bassin, mais qui, cette fois, est rénitente, presque fluctuante.

Nous apprenons que six semaines auparavant, les règles, au lieu de durer trois jours comme à l'ordinaire, sont venues très fort, puis se sont arrêtées le deuxième jour, pour reprendre le quatrième avec beaucoup d'intensité, et qu'en somme, depuis ce moment, la malade perd toujours un peu de sang.

Elle a eu hier comme une recrudescence de ses douleurs abdominales, et dès lors, n'a plus pu uriner.

La sonde passe encore facilement, permet d'évacuer 1 litre d'urine foncée, limpide, sans dépôt ; mais la vessie vidée, il reste une tuméfaction notable qui est encore fluctuante, et dont la fluctuation est devenue perceptible au doigt vaginal.

C'est une hématocèle, l'évacuation de la vessie a diminué sa tension, et facilité la recherche de la fluctuation.

Cette hématocèle, rétro-utérine, a repoussé fortement l'utérus en avant, et cet organe comprimant le col vésical a causé la rétention d'urine que nous observons.

La troisième malade est plus complexe, car ici nous n'avons plus affaire à une rétention absolue ; elle se plaint, au contraire d'uriner à chaque instant, pendant la journée, et de perdre ses urines involontairement pendant le sommeil.

Permettez-moi, en passant, de remercier mon excellent maître et ami M. Championnière qui me l'a adressée.

Quand on l'examine, on voit, en effet, la vulve rouge, excoriée comme chez les femmes qui ont une fistule vésico-vaginale. Chez elle, le ventre n'est pas distendu, mais si on combine le palper abdominal avec le toucher vaginal, on trouve en avant d'un utérus normal une vessie grosse comme le poing au moins et qui contient du liquide,

car elle est souple, fluctuante et n'a nullement l'aspect de ces vessies ratatinées à parois épaissies, augmentées de volume par la péricystite aux dépens de leur capacité.

Elle a donc de la rétention, mais de la rétention incomplète ; elle urine pour ainsi dire par regorgement.

J'ai essayé de passer une sonde, mais à 2 centimètres du méat environ j'ai été arrêté, j'ai buté contre un obstacle, tout comme dans ces cas de rétrécissement chez l'homme.

J'ai cherché alors à passer une bougie à boule, et vous avez vu que j'ai dû les abandonner toutes pour prendre une bougie filiforme, qui seule a passé.

Ici, nous avions donc un vrai rétrécissement de l'urètre, cas rare chez la femme.

Si j'ai fait aussi longuement cette analyse devant vous, c'est pour vous permettre de formuler le traitement qui dès maintenant saute aux yeux.

Pour notre première malade, dont la rétention est due à un fibrome enclavé du petit bassin, le repos au lit va peut-être décongestionner ce fibrome et la miction se rétablira, si elle ne se rétablit pas franchement, il faudra enlever cette tumeur, et, dans le cas particulier, faire une hystérectomie vaginale.

Chez la seconde, qui a une hématocèle vaginale assez volumineuse pour avoir six semaines après son début causé de la rétention d'urine, il ne faut pas attendre ; je crois que nous n'aurions rien à gagner, il faut ouvrir cette hématocèle par le cul-de-sac vaginal postérieur, bien vider la poche des caillots qu'elle contient, la laver avec un antiseptique, et la drainer avec de gros tubes de caoutchouc et de grosses mèches de gaze iodoformée ; nous aurons ainsi une guérison en quelques jours.

Quant à la troisième, qui, elle, a une vraie maladie des voies urinaires avec urine purulente, il faut au plus tôt rétablir les voies d'évacuation en rendant à son canal son calibre normal. Nous essaierons la dilatation, et si celle-ci ne réussit pas, nous ferons l'uréthrotomie interne qui nous assurera le moyen de parfaire cette dilatation.

(*Journ. des Praticiens.*)

RUPTURE D'UN UTÉRUS GRAVIDE AVEC CHUTE DU FŒTUS DANS LE PÉRITOINE.

M. Kossinski a communiqué à la *Société médicale de Varsovie* le cas suivant :

Une femme bien portante, au 6me ou 7me mois de sa grossesse, travaillant dans les champs, ressentit tout d'un coup une vive douleur dans l'abdomen à la suite de laquelle elle est restée pendant plusieurs mois au lit, avec fièvre, météorisme et violentes douleurs abdominales au début. Bientôt s'est formé à la région ombilicale un abcès qui a laissé après lui une fistule d'où suintait un liquide ichoreux.

A l'entrée de la malade à l'hôpital on constatait un écoulement semblable et très abondant venant de l'utérus. Une sonde introduite dans la fistule abdominale menait dans une cavité remplie de parties osseuses. Le diagnostic s'imposait : il s'agissait de rupture de l'utérus gravide, avec chute du fœtus dans le péritoine, péritonite consécutive circonscrite et putréfaction du fœtus.

M. Kossinski fit la laparotomie et trouva une cavité limitée, entourée d'anses intestinales et tapissée de fausses membranes. Cette cavité contenait des os isolés, nageant dans un liquide putride. Un orifice se trouvant au fond de cette cavité, menait dans l'utérus où on trouvait aussi des parties osseuses. L'ensemble des os (de la cavité et de l'utérus) formait un squelette complet d'un fœtus de six à sept mois. La cavité utérine fut vidée et soigneusement lavée. Il restait une communication entre la plaie abdominale et l'orifice anormal de l'utérus, de sorte que les injections poussées par l'orifice cutané s'écoulaient par le vagin et vice versa. Guérison complète au bout de deux mois, sans suture de la plaie abdominale qui s'est comblée par bourgeonnement.

(*Bull. méd.*)

CAUSES D'ERREUR DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ASCITE.

Il est peu d'affections aussi faciles à constater et à diagnostiquer que l'ascite. Les erreurs sont rares, mais elles présentent souvent un grand intérêt. Aussi, pour les éviter, M. Litten conseille de rechercher avec soin la cause de l'ascite, et lorsque l'étiologie est obscure, de soupçonner une erreur.

Il faut d'abord rechercher si l'ascite n'est pas due à une compression de la veine cave inférieure ou de la veine porte. Dans le premier cas, l'ascite s'accompagne d'œdème des membres inférieurs et des or-

ganes génitaux ; dans le second, cet œdème manque, mais on voit les veines dilatées dessiner une *tête de méduse* autour de l'ombilic.

L'ascite peut encore être causée par de la tuberculose ou de la carcinose du péritoine. C'est une erreur de croire que dans ces cas le liquide soit habituellement hémorrhagique.

La péritonite fibreuse peut aussi donner lieu à de l'ascite, et cette affection ressemble beaucoup à la tuberculose péritonéale ; on constate alors aussi des nodules blanchâtres sur le péritoine et sur la tunique séreuse de l'intestin.

M. Litten rapporte à ce propos le cas d'une fillette de cinq ans, à laquelle il a fait des ponctions répétées pour une ascite qui se reproduisait toujours. M. Henoch l'a également longtemps traitée sans succès. Aujourd'hui, c'est une jeune fille de dix-huit ans parfaitement bien portante, qui n'a jamais présenté trace de lésions du côté de la poitrine.

Il y a un grand nombre de maladies qui ont été quelquefois confondues avec l'ascite ; parmi celles-ci on peut citer l'hydropisie de la vésicule biliaire, l'hydronéphrose, la grossesse et même la dilatation de l'estomac. Cette dernière erreur est rapportée par des cliniciens tels qu'Andral et Louis.

M. Litten rapporte deux cas observés par Frerichs et par lui, dans lesquels on a porté le diagnostic d'ascite, alors qu'il s'agissait d'ectasie gastrique.

Plus fréquemment on prend pour une ascite un kyste de l'ovaire. M. Litten a vu avec M. Landau un cas dont tous les symptômes étaient ceux d'une ascite ; la cause restant obscure, M. Landau incisa l'abdomen et découvrit une tumeur de l'ovaire. Bien entendu, il s'agit de kystes qui, n'adhérant pas à la paroi abdominale, peuvent se déplacer suivant l'attitude de la malade.

L'examen chimique du liquide retiré par ponction pourra servir au diagnostic. La constatation de leucine, d'urée, plaidera pour l'ascite, la paralbumine pour le kyste. Quant aux éléments figurés, à la densité, à la teneur en albumine, on ne trouvera là rien de caractéristique. Un examen utile est celui que l'on fait en soumettant le liquide au centrifugeur. Quelque limpide que soit un liquide ascitique, lorsqu'il a été centrifugé, on retrouve toujours quelques traces de sang qui produisent au fond du réservoir une tache analogue à de la cire. En l'absence de cette constatation, et dans les cas où on ne trouve pas de cause d'ascite, il faut diagnostiquer un kyste.

Il est des cas compliqués dans lesquels il existe à la fois ascite et tumeur de l'ovaire ; la tumeur n'apparaît que lorsque le liquide a été évacué. Dans les cas douteux, il faut faire une laparotomie exploratrice, qui ne fait courir aucun risque à la malade.

(*Bulletin méd.*)

VARIÉTÉS

—

Le dernier numéro de la *Revue bleue* contient un article de M. C. Chryssafidès tendant à prouver que l'iradé impérial récent, en vertu duquel les femmes-médecins pourront désormais pratiquer en Turquie, a une importance politique de premier ordre.

Pour l'auteur, qui paraît connaître à fond son sujet et son Constantinople, l'initiative répond à un besoin réel né de la nature même des institutions sociales du monde mahométan. On sait, en effet, que les musulmans ne laissent qu'à contre-cœur le médecin pénétrer dans leurs harems. Aussi, beaucoup de femmes musulmanes, soit par timidité, soit par ordre, évitent-elles d'y avoir recours. Elles se confient à des femmes empiriques et ne recourent à un homme de science qu'en cas de gravité exceptionnelle.

L'iradé du sultan va très probablement changer cet état de choses et assurer aux femmes-médecins une influence considérable dans les familles turques, étant donné que les Orientaux professent une vénération particulière pour le médecin.

M. Chryssafidès n'a pas de peine à prouver, à ce sujet, et par des exemples nombreux, qu'en ce qui concerne la cour ottomane, les médecins du palais ont toujours été, et sont encore aujourd'hui des personnages très influents.

Il résulterait donc des prévisions de l'auteur que non seulement les doctoresses sont sûres de travailler en Turquie, mais qu'elles exerceront encore une influence politique considérable, bien qu'indirecte, au profit de leurs nationalités respectives. Allemandes, Anglaises, on peut en être certain, ne manqueront pas cette double occasion ; qui sait même si, pour les Anglaises, les sociétés bibliques n'estimeront pas que la Bible ne saurait rester étrangère à l'affaire, bien qu'elle ait assez peu de chances de s'assimiler le Coran !

Avis aux autres. L'exode leur serait facilité par ce fait que, pour exercer la médecine sur les bords enchanteurs du Bosphore, point n'est besoin d'un diplôme national Turc. Il suffit de présenter un diplôme d'une faculté quelconque et de subir, à l'école impériale de médecine, un examen de pure formalité — ou à peu près.

(*Bulletin médical.*)

—

UNE PERLE ! — Cueilli par M. MONIN, dans une observation gynécologique d'un de nos sympathiques confrères de la capitale :

La voie vaginale me souriait beaucoup ! !

Un vagin qui sourit, nous voudrions bien voir ça !

—

RELIGIEUSES DÉCORÉES. — Sur la liste des personnes à qui le Ministre de l'Intérieur a accordé des récompenses pour dévouement, au cours de l'épidémie cholérique, nous relevons les noms suivants :

Mme Trégaro, en religion Sœur Saint-Laurent, attachée au service des baraquements de l'hospice de Nantes ; Mme Pams (Louise), en religion Sœur Rosalie, à l'hospice de Prades (Pyrénées-Orientales) ; Mme Rougier (Antoinette), en religion Sœur Marthe, à l'hospice de Limoux (Aude) ; Mme Sérieys (Joséphine), en religion sœur Saint-Joseph, supérieure de l'hospice de Limoux (Aude).

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Les eaux minérales d'Enghien envisagées au point de vue des doctrines microbiennes et de leurs divers modes d'emploi en thérapeutique**, par le Dr E. JAPHET, médecin inspecteur. Paris, Levé, 1889.

II. **Des principales indications de la médication hydrominérale dans la métrite chronique**, par le Dr de RANSE. Paris, Doin, 1894.

III. **Station de Besançon-Mouillère**, travail publié par la Société de médecine de Besançon. Besançon, 1894.

IV. **Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon. Etude sur la biennorrhagie de la femme**, par le Dr CARRY. Lyon, 1894.

V. **Le Diiodoforme (éthylène periodé), nouveau produit antiseptique, ses propriétés et ses emplois thérapeutiques**, par A. TAINE, pharmacien de 1re classe.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

54. — **Traitement de l'entérite muco-membraneuse** (1). M. Germain Sée a fait à l'Académie une communication de laquelle il résulte que :

Chez un tiers des malades, surtout des femmes qui passent pour gastriques, on ne trouve aucun signe réel, surtout de preuve chimique, ni de dyspepsie, ni de dilatation, pour lesquelles on les traite vainement pendant des années.

Ces dyspeptiques, ces dilatés, n'ont rien à l'estomac ; c'est dans l'intestin que réside toute la maladie, qui est et reste absolument méconnue.

C'est le gros intestin qui seul est le siège de cette lésion qui mérite le nom d'entérite mucino-membraneuse, bien qu'elle n'ait rien d'inflammatoire, mais qui est le résultat d'une sécrétion de mucine sans fibrine phlegmasique.

L'intestin grêle, loin de participer à l'entérite, se trouve, au contraire, être une véritable succursale de l'estomac.

L'entérite muco-membraneuse se traduit bien par quelques troubles douloureux du côlon, des fermentations gazeuses, la dilatation du côlon lui-même, mais rien ne la révèle sûrement que les masses mucineuses, glaireuses, rubanées ou cylindroïdes qui passent souvent inaperçues avec les matières évacuées.

Les moyens véritables de traitement consistent en ceci : I. Evacuer par des moyens mécaniques, par l'huile d'olive, le séné rectifié ; surtout pas de purgations. — II. Calmer les douleurs à l'aide des bromures de calcium ou de strontium, ou à l'aide du cannabis indica (pas d'opium). — III. Atténuer les fermentations, la formation des gaz et les putréfactions, à l'aide de phosphate, du salicylate et du biborate de soude combinés (pas de benzonaphtol).

Voici maintenant quelques détails sur les formules préconisées par M. Sée :

(1) Nous croyons devoir reproduire cet article, que nous empruntons au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, en raison de la fréquence de l'entérite muco-membraneuse comme complication des affections utéro-ovariennes. (N. D. L. R.)

Comme moyen mécanique, la malade prendra immédiatement avant chacun des trois repas une grande cuillerée de *graines de lin* épurées et trempées pendant 3 à 4 minutes dans un quart de verre d'eau froide. Si la graine de lin est mal acceptée à cause de son volume ou de son goût, on la remplace par la graine de psyllium.

Si un laxatif est nécessaire, M. Sée emploie un moyen composé, qui a le grand avantage de pouvoir être administré journellement aux divers repas, sans entraîner de purgation et sans entraver le malade dans ses occupations.

C'est un mélange de feuilles de sené et d'hydrastis canadensis sous la forme pilulaire :

Extrait hydralcoolique d'hydrastis canadensis....	2 à 3 gr.
Folioles de sené lavés à l'alcool................	6 gr.

Pour faire 30 pilules, une pilule à la fin de chacun des trois repas.

Ce composé ne fatigue ni l'estomac ni les intestins, qui deviennent régulièrement le siège d'une ou deux évacuations n'entraînant que des matières stercorales plus ou moins molles, mais sans eau en excès. Ces pilules complexes peuvent être continuées indéfiniment, sans perdre leur effet.

Huile de ricin. — De temps à autre il est utile de suspendre l'usage de la graine de lin et des pilules d'hydrastis, et de produire une évacuation plus complète, mais passagère. Aucun purgatif salin, aucun drastique ne saurait remplir ce but aussi avantageusement, aussi sûrement que l'huile de ricin à la dose de 10 à 25 grammes (une à deux grandes cuillerées). En une à trois heures de temps, elle produit des évacuations puriformes sans douleurs, et sans aucune irritation intestinale.

Depuis que les médecins américains ont introduit en France le traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive à hautes doses, M. Sée a tenté la même application à la curation des entérites muqueuses, et le résultat a été très remarquable, souvent même décisif. — L'huile se prend soit seule, soit avec une tasse de thé aromatisée et sucrée, à la dose de 3 à 4 cuillerées à soupe le 1er jour, le matin à jeun; le 2e jour, même dose à midi avant le deuxième repas ; le 3e jour, 1/2 verre à ces mêmes heures ; le 4e jour, un verre entier en une fois. Après cela on laisse reposer la malade pendant quatre ou cinq jours et on recommence la même série thérapeutique. Lorsque l'huile n'est pas supportée pendant la première série, il est inutile d'insister ; mais,

en général, elle est bien tolérée et les évacuations stercorales et muqueuses produisent un soulagement inespéré.

Comme sédatifs de la douleur qui ne produisent ni l'anorexie, ni la constipation, il n'y a que le bromure de calcium ou de strontium et le cannabis indica.

Ce bromure n'affaiblit pas le sujet comme le bromure de potassium. 2 à 3 grammes par jour suffisent largement pour calmer la sensibilité de la muqueuse stomacale, à la condition de faire prendre 1 gramme en solution *pendant* chacun des trois repas. Voici la formule : Bromure de calcium (ou de strontium), 20 grammes ; eau distillée, 300 grammes ; une cuillerée à dessert avec deux fois son volume d'eau après avoir commencé à manger. L'effet est des plus saisissants et des plus rapides.

Extrait gras de cannabis indica. — A défaut des bromures, et par suite de leurs inconvénients, M. Sée prescrit souvent l'extrait gras de cannabis indica. Mathieu le recommande vivement, et le place néanmoins au-dessous de la cocaïne, qui est en réalité un médiocre médicament ; on prescrit ainsi le cannabis :

Potion gommeuse........................	120 grammes
Extrait gras de cannabis indica..........	10 centigr.

Prendre 3 grandes cuillerées par jour, une avant chaque repas.

Menthol. — Au moment des grandes douleurs, un des meilleurs moyens de soulagement, c'est le menthol.

Menthol..............................	10 à 15 centigr.
Alcool............................	q. s. pour dissoudre.
Eau distillée........................	180 grammes.

(Bardet, Mathieu.)

A prendre par cuillerée à bouche.

Enfin, pour atténuer les fermentations, la formation ou l'accumulation des gaz, les putréfactions, M. Sée, emploie en les combinant, les trois médicaments suivants qui combattent très efficacement la flatulence et le tympanisme.

Phosphate de soude. — Le phosphate de soude est au-dessus de toute autre préparation dite antiputride, ou bien encore de toute substance dite absorbante ; avec 3 à 4 grammes de phosphate de soude par jour, on obtient des effets remarquables, en divisant cette dose en trois paquets qu'on dissout dans une petite quantité d'eau, pour être administrés à la fin des trois repas.

L'acide salicylique à 0.20 centigr. ou le salicylate de soude associé à la dose de 0.40 centigr., au phosphate de soude, est le meilleur des antiflatulents ; en même temps il calme la sensibilité de la muqueuse.

Le biborate de soude ou borax est un complément de premier ordre de ces poudres ; il convient surtout pour faciliter la digestion du lait.

(*Journ. de méd. et de chirur. prat.*)



55. — Le traitement de la salpingo-ovarite par la compression intermittente. — On sait combien la salpingo-ovarite, si fréquente chez la femme, résiste à tous nos moyens de traitement médical. En effet, on réussit bien à amender les phénomènes inflammatoires, à transformer plus ou moins rapidement la forme aiguë de l'affection en une forme subaiguë, puis chronique, mais c'est à cela que se bornent très souvent les résultats obtenus. Une salpingo-ovarite devenue chronique peut s'éterniser, quoi qu'on fasse, de sorte qu'on se voit obligé de recourir finalement à la laparotomie.

Dans ces conditions, il serait précieux d'avoir à sa disposition un moyen de traitement non chirurgical qui fût efficace contre la salpingo-ovarite arrivée à la période chronique ou subaiguë. Or, d'après M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, ce moyen serait la compression intermittente qui, comme nous le verrons tout à l'heure, a donné à notre confrère d'excellents résultats dans deux cas où elle a été employée.

Grâce à l'obligeance de M. Auvard, nous avons pu examiner, à sa clinique, une des deux malades, voir appliquer chez elle le traitement en question et en suivre les effets. En outre, M. Auvard a bien voulu nous communiquer sa seconde observation.

La première malade, celle que nous avons observée, une multipare de vingt-six ans, fut prise de salpingo-ovarite à la suite d'un accouchement normal, mais suivi d'hémorragie abondante. Dans le ligament large, du côté droit, on pouvait constater une tumeur très sensible, du volume d'un œuf de poule, ayant la forme et la configuration habituelles de la salpingo-ovarite. La région ovarienne gauche était aussi légèrement sensible, mais ne présentait pas de tuméfaction bien nette. Le traitement par la révulsion ayant échoué, M. Auvard proposa la laparotomie. Cependant, comme la malade témoignait le désir d'essayer encore quelque moyen de traitement non chirurgical avant de

se décider à l'opération, notre confrère eut l'idée de pratiquer chez elle une compression intermittente de la région atteinte.

La compression fut exercée au moyen d'un sac rempli de petit plomb de chasse (cendrée) appliqué sur la région hypogastrique, au niveau de l'ovaire, ainsi qu'à l'aide d'un pessaire à air de Gariel, introduit simultanément dans le vagin. Le poids du sac était de 750 grammes au début ; dans la suite il fut augmenté progressivement jusqu'à 1.500 grammes. La compression, exercée matin et soir pendant deux à trois heures, était bien supportée, quoiqu'elle devînt assez pénible pour la malade vers la fin de chaque séance. Outre la compression, on administrait encore des douches vaginales chaudes et des lavements froids.

Dès le lendemain du jour où ce traitement fut commencé, l'amélioration était déjà très manifeste. La région ovarienne droite, siège principal de l'affection, était devenue beaucoup moins douloureuse. Par contre, les douleurs avaient un peu augmenté à gauche, ce qui nécessita également l'application d'un sac de plomb de ce côté.

L'amélioration progressait rapidement, de sorte que dix jours après le début du traitement on put constater la disparition complète de la tuméfaction diffuse qui existait antérieurement dans le ligament large du côté droit. A sa place, on sentait nettement l'ovaire encore légèrement sensible et un peu plus gros qu'à l'état normal. A la région ovarienne gauche, il n'existait maintenant aucune sensibilité douloureuse.

Actuellement, après trois semaines de traitement par la compression intermittente quotidienne, la malade peut être considérée comme complètement guérie.

Dans le second cas qui nous a été communiqué par M. Auvard, il s'agissait d'une multipare de trente ans, qui, il y a deux ans, à la suite d'une exploration intra-utérine, fut atteinte de salpingo-ovarite droite d'abord aiguë, puis subaiguë et enfin chronique. Avant de procéder à la laparotomie qui paraissait s'imposer, M. Auvard voulut aussi tenter dans ce cas le traitement par la compression.

Tous les jours, pendant une heure à une heure et demie, on appliquait sur la région ovarienne droite, un sac de plomb du poids de 1 kilo et on introduisait en même temps dans le vagin un pessaire à air de Gariel. A l'examen de la malade pratiqué après quinze jours de ce traitement (interrompu pendant cinq jours par une crise de colique hépatique), on constata les signes suivantes : le ligament large

du côté droit, très douloureux auparavant, est presque indolore ; à la place de l'ancienne tumeur, grosse comme un œuf de poule, dont il était le siège, on sent nettement la trompe qui a le volume d'un porte-plume à sa partie moyenne ; à l'extrémité de la trompe on trouve l'ovaire dont le volume est à peu près le double de ce qu'il est à l'état normal. La malade n'éprouve plus aucune douleur dans l'abdomen ; elle est très satisfaite du traitement qu'elle continue encore.

La compression intermittente ayant, comme nous l'avons vu, réussi dans les deux cas de salpingo-ovarite dans lesquels M. Auvard l'a appliquée, ce traitement mérite de fixer l'attention des praticiens.

(*La Semaine médicale.*) VLADIMIR DE HOLSTEINT.



56. — L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse. — Dans quatre cas successifs de vomissements dits incoercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le docteur P. FEDAROW (de Kharkow), a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pression sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitabilité des centres vaso-moteurs du tube gastro-intestinal.

(*Jour. de méd. de Paris.*)



57. — Les crayons de sulfate de cuivre, par M. Boursier (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 30, 24 juillet 1892, p. 362). — Tandis que M. Dumontpallier a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des métrites chroniques par l'emploi de crayons préparés avec parties égales de sulfate de cuivre et de farine de seigle, laissés en place pendant cinq jours, M. Boursier a vu des accidents nombreux suivre l'application de ces crayons. Ils ont consisté en une douleur très vive variable dans son intensité et dans ses manifestations ; en des hémorrhagies apparaissant quelquefois dès le premier crayon, quelquefois au deuxième ; en des pertes épaisses d'un jaune foncé durant deux ou trois jours ; en des vomissements, en des eschares cervicales et vaginales plus ou moins profondes.

Tous ces accidents plus ou moins sérieux, ajoute M. Boursier,

sont en rien compensés par les résultats thérapeutiques. Chez une malade les phénomènes subjectifs et objectifs de la métrite ont été aggravés chez quelques-unes, une très légère amélioration caractérisée par la diminution progessive des pertes ; chez la plupart aucune modification ; en somme, des effets thérapeutiques qui ne justifient en rien la bonne opinion que M. Dumont pallier à de son mode de traitement.

***

58. — Traitement de la diarrhée chronique chez les nourrissons. — Voici un traitement préconisé par le Dr Zinnès dans les cas de diarrhée verte chez les nourrissons lorsque les selles renferment de nombreux grumeaux de caséine et que les enfants souffrent de douleurs abdominales plus ou moins violentes :

Eau de fenouil	75	grammes.
Sous-nitrate de bismuth	3	—
Eau de chaux	6	—
Sirop d'écorce d'orange amère	15	—

A prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Si la diarrhée résiste à ce traitement, l'auteur recommande une *infusion* de racine de colombo avec du bismuth :

Colombo	0,5 à 1 gr.

en infusion dans :

Eau	75	grammes.
Sous-nitrate de bismuth	3	—
Sirop d'écorce d'orange amère	15	—

Une à deux cuillerées à café toutes les deux heures.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

59. — Hémorrhagies post-partum, par M. Herman. (*British med. Assoc.*, Nottingham, juillet 1892.) — L'auteur insiste sur la compression vasculaire comme le moyen rationnel d'arrêter l'hémorrhagie. Comme moyens préventifs de l'hémorrhagie, les points suivants sont les plus importants :

1° Enlever le délivre quand l'utérus reste inactif ;

2° Attention extrême portée au troisième temps de l'accouchement.

Comme traitement, M. Herman conseille :

1° Pratiquer le massage utérin, à l'aide de la main, sur l'abdomen ;

2° S'il ne réussit pas, introduire la main, dans l'utérus pour s'assurer qu'il est parfaitement vide ;

3° Laver l'utérus avec des injections d'eau chaude.

Si ces moyens échouent, faire la compression bimanuelle persistante de l'utérus. L'application du froid ne doit être considérée que comme un moyen temporaire substitué au massage et à la compression utérine. Donner le sein à l'enfant constitue un adjuvant utile et sans danger.

Les injections de perchlorure de fer sont dangereuses parce qu'elles ont déterminé l'un des accidents suivants :

1° Mort soudaine par distension de l'utérus ;

2° Embolie ;

3° Péritonite ;

4° Septicémie.

Elles laissent l'utérus comblé par des caillots. Bien qu'on les fasse dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, on ne réussit pas toujours. En conséquence, c'est là une pratique qui n'est ni sûre ni certaine. Le tamponnement de l'utérus avec de la gaze n'entraîne point toutes les fois le résultat cherché, amène quelquefois l'entrée de l'air dans les veines ; enfin, l'utérus ne peut se contracter normalement quand il est comblé par de la gaze. (*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

***

60. — L'asepsie en obstétrique. — M. Veit résume dans les termes suivants ses vues sur les précautions à prendre pour assurer l'asepsie dans la pratique obstétricale : Le médecin et la sage-femme doivent se revêtir de vêtements parfaitement propres, au moment de pratiquer l'accouchement. Autant que possible, on fera prendre un bain à la parturiente. Dans tous les cas, on devra laver les parties génitales externes à l'eau et au savon, le lavage étant fait par une personne dont les mains sont en état de parfaite propreté. Après chaque exploration interne, et avant chaque opération, il est indispensable de désinfecter, dans le sens le plus rigoureux du mot, les mains de l'opérateur et les parties génitales externes de la femme. On fera de même peu de temps avant la sortie de l'enfant. Dans les circonstances normales, la désinfection des organes génitaux internes n'est pas

nécessaire. De même dans les circonstances normales, il n'est indiqué de désinfecter ni les organes génitaux externes, ni les organes génitaux internes. Les manœuvres d'exploration interne devront être réduites au strict nécessaire, sous le contrôle de l'autre main et de la vue, mais sans que jamais cette autre main soit mise en contact avec le périnée. La couche d'ouate qu'on a coutume d'appliquer sur la vulve n'a pas pour but de réaliser une occlusion aseptique, mais celui de retenir les produits de sécrétion, cela surtout en vue de faciliter le diagnostic des complications éventuelles. On devra toujours s'approvisionner de gaze stérilisée qui, il est vrai, n'est indispensable que dans un nombre de cas relativement restreint.

(*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1892, nos 20 et 21, p. 510.)



61. — Traitement de la constipation chronique par des moyens physiques, par le Dr LEBER. (*Münchener medicin. Wochenschrit*, 1892, n° 23, p. 415.)

La constipation chronique peut dépendre de causes très variées : L'activité péristaltique de l'intestin peut devenir insuffisante par suite d'une cachexie, d'un catarrhe chronique de l'intestin, par suite d'une stase dans le domaine de la veine porte, par suite d'une existence trop sédentaire, d'une atonie ou d'une atrophie des plans musculaires de l'intestin, d'une maladie de la moelle, d'une névrose (hystérie, mélancolie), d'un afflux insuffisant de bile dans l'intestin, par suite de l'usage habituel d'aliments difficiles à digérer, de l'abus de médicaments astringents ou de substances qui paralysent les tuniques musculaires de l'intestin, par suite d'une diminution de l'énergie contractile des parois abdominales, etc. Les symptômes en rapport avec la constipation chronique sont aussi variés que les causes de cette anomalie de la défécation : sensation de plénitude et de pression dans le bas-ventre, éructations, ballonnement, mouvements congestifs vers la tête, amaigrissement, anorexie, névroses réflexes, dyspnée, nausées, humeur maussade, inaptitude au travail, manque d'énergie, etc., etc.

M. Leber a traité, en l'espace de quelque mois, 7 cas de constipation chronique. Dans 5 de ces cas les malades étaient neurasthéniques. Le début de la constipation remontait plus ou moins loin (neuf mois à six ans), dans un cas même à vingt et un ans. Un autre malade était atteint de la crampe des écrivains, enfin un dernier souf-

frait d'une névralgie occipitale. La durée du traitement a varié de six à douze semaines, et le résultat a toujours été très satisfaisant, sauf chez les deux malades dont il a été question en dernier lieu et qui ont dû interrompre leur cure, alors qu'ils étaient en voie d'amélioration.

Le traitement a consisté dans *l'association de l'électricité au massage et à l'hydrothérapie.*

L'électricité était employée de la façon suivante :

Une électrode, d'une surface de 400 cent. carrés, reliée au pôle positif d'un appareil galvano-faradique, était appliquée sur la région des lombes. L'autre électrode, de dimensions telles qu'elle recouvrait toute la surface du ventre, était reliée au pôle négatif et appliquée sur la paroi abdominale antérieure. On pratiquait ensuite la galvano-faradisation suivant le procédé de Watteville, avec des courants assez forts. Chaque séance avait une durée de trois à cinq minutes. Puis l'électrode appliquée sur le ventre était remplacée par une autre de moindre dimension (50. c. q.) et on faisait passer le courant d'induction primitif. Pendant le passage du courant, l'électrode négative était promenée le long du côlon ascendant, du côlon transverse et du côlon descendant, en partant de la symphyse pubienne. Sur chacune des portions du côlon, l'électrode restait appliquée pendant quinze à trente secondes. De plus, on faisait des interruptions du courant (de 80 à 100 par séance), de façon à provoquer de fortes contractions des parois abdominales. Dans les cas tenaces, l'électrode négative était introduite dans le rectum.

Les séances de massage avaient une durée de dix à quinze minutes et consistaient surtout en frictions circulaires exercées sur tout le trajet de l'intestin, principalement sur le trajet du côlon, en partant du cæcum. De plus, on faisait faire aux malades des exercices de gymnastique, consistant en mouvements actifs et passifs de résistance.

En fait de pratiques hydrothérapiques, on prescrivait, suivant les cas, des ablutions froides et des frictions avec des linges mouillés matin et soir, des demi-bains et des bains de siège, des enveloppements dans le drap mouillé, avec frictions consécutives ou douches sur le bas-ventre, mais surtout la douche écossaise.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

***

62. — Les galactogènes : le galega et l'ortie. (Mlle GRINIEURTCH.) — 1° Galega.

a) Teinture :

Extrait de galega........................	65 gr.
Alcool à 60°............................	1000 gr.

à faire prendre de 250 à 500 gouttes par jour ; diviser en doses de 50 à 100 gouttes.

b) Sirop :

Extrait de galega........................	50 gr.
Sirop simple............................	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées à soupe par jour.

c) Pilules :

Extrait de galega........................	0 gr. 25.
Excipient...............................	Q. S.

pour une pilule ; de une à quatre pilules par jour.

2° Ortie.

a) Teinture :

Extrait d'ortie..........................	200 gr.
Alcool à 60°............................	1000 gr.

de 250 à 500 gouttes par jour.

b) Sirop :

Extrait d'ortie..........................	200 gr.
Sirop simple............................	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées par jour.

Poudre de cumin, d'anis ou de fenouil de 1 à 5 grammes par jour, par dose de 1 gramme.

***

63. — Deux symphyséotomies avec terminaison favorable, par le professeur G. LEOPOLD. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 30, p. 585.)

Encouragé par les résultats publiés dans ces derniers temps par M. Morisani, de Naples, et M. Pinard, le professeur Léopold, de Dresde, a eu recours à la symphyséotomie dans deux cas de rétrécissement du bassin, chez des femmes gravides multipares.

La première observation concerne une femme de 37 ans, qui avait eu précédemment deux accouchements à terme ; applications de for-

ceps ; extraction d'un enfant mort, les deux fois. Lors d'une troisième grossesse, on provoqua l'accouchement prématuré ; expulsion d'un fœtus mort. Bassin rachitique, rétréci suivant toutes ses dimensions : 22 ; 24 ; 28 ; 17 1/2 ; 8 3/4 et 6 3/4. Apparition des premières douleurs, le 25 mai, à 7 h. 30 du matin. Rupture de la poche des eaux à 1 heure et demie de l'après-midi. Symphyséotomie à 2 h. 50. Application de forceps au détroit supérieur. A 3 h. 20 on avait fini de suturer la symphyse et la plaie des parties molles. Suite de couches normales. Pas de troubles consécutifs de la marche et de l'urination.

Le sujet de la seconde observation, une femme de 37 ans, avait accouché en 1891, à terme ; il avait fallu perforer la tête de l'enfant. Nouvelle grossesse en septembre de la même année. Premières douleurs, le 28 juin 1892, à 6 heures du soir. Rupture de la poche des eaux, le 24 juin, à 1 heure de l'après-midi. Symphyséotomie à 4 h. 5. Application de forceps au détroit supérieur. A 4 h. 16, extraction d'un enfant du sexe masculin. Fin de l'opération à 4 h. 40. Ecartement des surfaces articulaires de la symphyse, 3 centimètres, pendant l'extraction 6 cent. 5. Presque pas de perte de sang. Suites de couches normales. Dix-sept jours après l'opération la plaie tégumentaire était cicatrisée. La femme mouvait ses jambes librement et sans éprouver de douleurs. Pas de troubles de l'urination.

M. Léopold conclut que la symphyséotomie est appelée à remplacer dans un grand nombre de cas l'opération césarienne et la perforation du crâne, dans les cas de rétrécissement du bassin où l'application du forceps et la version sont inapplicables ; il constate que la mortalité à la suite de l'opération césarienne est plus grande qu'à la suite de la perforation et de la symphyséotomie. Autant qu'il en peut juger par ses deux observations personnelles, M. Léopold considère la symphyséotomie comme une opération facile.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obstr.*)



64. — L'asa fœtida contre l'avortement habituel. — Turazza, de Padoue, recommande la méthode de Laferte contre l'avortement habituel, qui se produit sans cause connue (syphilis, maladies de l'utérus et des annexes, la tuberculose, etc.). La méthode de L., qui a donné des bons résultats, consiste dans l'emploi à l'intérieur de l'asa fœtida :

Gomme-résine de l'asa fœtida 6 gr. pour 60 pilules. Donner d'abord 2 pilules par jour, ou augmenter la dose en allant jusqu'à 10 par jour ; ensuite on diminue graduellement ; ainsi jusqu'à l'accouchement.

Le médicament a également été employé avec succès par Giordano, Cazzani et Neyri. T. l'a employé dans quatre cas d'avortement avec un bon résultat. (*Centralb. f. Gyn.* 1892, nº 2, et *Med. Oboz.*)

⁂

65. — Nouveaux Crayons médicamenteux pour pansements intra-utérins. — M. Hirigoyen se sert de crayons médicamenteux à base d'ichthyol, additionnés d'une petite quantité de sublimé.

Ces crayons sont composés d'après la formule suivante :

Sublimé	0 gr. 01
Ichthyol	0 gr. 20
Talc	0 gr. 65
Gomme	0 gr. 04
Glycérine	0 gr. 05
Eau	0 gr. 05
	1 gram.

Suivant cette proportion, on peut faire des crayons pesant de 1 à 2 grammes, selon le volume, assez souples et suffisamment résistants, grâce au mélange du talc, de la gomme et de la glycérine auquel le préparateur, M. Roussel, pharmacien, s'est arrêté après de nombreux essais, afin d'obtenir les conditions physiques nécessaires pour l'usage des crayons intra-utérins.

Ces crayons, employés depuis deux mois à la consultation de l'hôpital Saint-André, donnent de bons résultats dans le traitement des métrites d'origine puerpérale ou blennorrhagique. L'action antiseptique du sublimé est augmentée de celle de l'icthyol qui exerce de plus un effet très appréciable de décongestion. Aussi obtient-on des améliorations rapides dans les cas de métrites avec cols gros, congestionnés, éversion de la muqueuse et sécrétion muco-purulente abondante, avec dilatation de la cavité cervico-utérine.

(*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

⁂

66. — La salipyrine comme médicament antiménorrhagique. — D'après M. le docteur ZURHELLE (de Burtscheid), la salipyrine serait un excellent remède contre l'abondance excessive des règles dans tous les cas où ce trouble n'est pas sous la dépendance d'une affection organique grave de l'utérus. Administrée quelques jours avant les règles à la dose de 1 gramme, répétée trois fois par jours, en cachets, la salipyrine diminuerait très considérablement la quantité et la durée du flux menstruel et serait, en tant que médicament antiménorrhagique, plus efficace que l'ergot de seigle et l'ergotine. En outre, elle agirait favorablement aussi contre la dysménorrhée.

(*La Sem. méd.*)

***

67. — Pansement du mamelon des nourrices. — Pour éviter les infections qui se produisent par les excoriations mamelonnaires, M. LEPAGE conseille de procéder ainsi :

1° Lotions sur le sein avec la solution antiseptique suivante :

Biiodure de mercure............	0,10 à 0,20 centigr.
Alcool........................	50 grammes
Eau distillée....................	450 —
Glycérine......................	500 —

2° Après quelques jours, et en l'absence d'ulcérations, compresses imbibées d'eau boriquée, saturée.

Ce pansement est préventif des infections, il est aussi curatif des crevasses et des excoriations qu'il guérit rapidement et sans causer ni irritations, ni douleurs.

***

68. — La diète lactée dans l'albuminerie gravidique. — M. TARNIER l'a formulée ainsi et sa méthode permet d'obtenir la tolérance des femmes enceintes qui ont de l'inappétence pour le lait ;

1° *Limonade nitrique* : On l'administre par tasses et on peut la formuler ainsi :

Acide nitrique alcoolisé................	5 grammes
Sirop simple..........................	100 —
Eau bouillie..........................	900 —

Dose : un litre par jour.

2° *Régime lacté* :

Le premier jour : un litre de lait et deux portions d'aliments, de préférence viandes blanches et légumes verts.

Le deuxième jour : deux litres de lait, une portion d'aliments.

Le troisième jour : trois litres de lait, une portion d'aliments.

Le quatrième jour : la tolérance est établie, lait à discrétion, suppression des aliments.

3° *Purgatifs* : Tous les deux ou trois jours, purgatifs salins : un verre à bordeaux d'eau de Rubinat ou une grande verrée d'eau de Montmirail.

***

69. — Traitement des eschares vulvaires survenant après l'accouchement. (TARNIER.) — Quatre fois par jour, injections vaginales chaudes avec la solution de sublimé à 1 pour 5,000. Faire chaque soir sur les eschares des attouchements avec la teinture d'iode, après quoi on applique sur l'ulcération un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 20.

Tous les matins, on cautérise les eschares avec le mélange suivant :

Créosote de hêtre.....................	10 gr.
Glycérine..............................	100 gr.

Après cette cautérisation, on applique également des tampons imbibés de la solution cocaïnique.

Dans l'intervalle des pansements, la plaie doit être saupoudrée d'iodoforme et la vulve maintenue recouverte d'un tampon de ouate hydrophile maintenue à l'aide d'un bandage en T.

FORMULAIRE

—

Du traitement des ptoses viscérales qui accompagnent l'abaissement sans prolapsus par le massage dans la position de Trendelenburg.

(Jules CHÉRON).

Une des associations morbides les plus fréquentes, c'est l'association de l'abaissement de l'utérus en antéversion sans prolapsus (utéroptose) avec la dilatation de l'estomac. C'est le syndrome que j'ai

proposé de dénommer neurasthénie utéro-gastrique pour bien indiquer que la dilatation de l'estomac et l'abaissement utérin sont l'un et l'autre sous l'influence d'une même cause : la neurasthénie, qui frappe de paralysie les fibres lisses de l'estomac comme les fibres lisses des ligaments larges.

Dans les cas de ce genre, il est utile de combattre à la fois et la dilatation de l'estomac et l'abaissement de l'utérus. Nous verrons bientôt comment on s'attaque utilement à ce dernier ; disons aujourd'hui par quels moyens on peut lutter contre la dilatation de l'estomac.

Sans négliger le régime alimentaire et le traitement général de la neurasthénie, on peut améliorer rapidement la dilatation gastrique par le massage suivant le procédé ci-contre : J'ai imaginé de pratiquer le massage dans la position de Trendelenburg, c'est-à-dire la malade étant placée sur un plan incliné, le bassin beaucoup plus élevé que l'abdomen, ce qui facilite d'une façon remarquable les manœuvres de refoulement en haut de l'estomac dilaté.

Le massage consiste en effet, dans ce cas, à faire une série de pressions de bas en haut, en refoulant l'estomac vers le creux épigastrique, et en faisant des pressions douces sur la face antérieure de l'organe, préalablement relevé, pressions allant de gauche à droite, comme si on voulait faire passer le contenu de l'estomac dans le duodénum. Ces manœuvres de refoulement et de pressions durent de 3 à 4 minutes et on termine la séance par un pétrissage léger de la paroi abdominale.

Les séances sont répétées tous les jours ou tous les deux jours.

Les résultats immédiats sont parfaits : en un très petit nombre de séances, l'estomac se réduit de volume et reprend sa tonicité, pour un temps plus ou moins long, suivant l'ancienneté de l'affection. S'il y a récidive incomplète, 2 ou 3 séances suffisent, si on intervient dès le début de la rechute.

Pour éviter cette récidive, je conseille d'employer pendant quelques mois une ceinture abdominale, soutenant exactement les parois abdominales et mise en place le matin au réveil, avant le lever de la malade. Si on met la ceinture plus tard, alors que la malade a déjà marché et que la ptose viscérale s'est produite, la ceinture ne fait que maintenir les organes en position vicieuse et va à l'encontre du but qu'on se propose d'atteindre.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Nouvelle méthode de réduction de la rétrodéviation utérine.

Nous avons eu, dans une de nos précédentes revues, l'occasion d'aborder le traitement des rétrodéviations utérines, à propos de la discussion de la *Société de chirurgie* sur le traitement du prolapsus utérin. Une importante communication de M. Rapin (de Lausanne) au *Congrès de Rome* (1) nous oblige à revenir sur ce sujet dont l'intérêt pratique n'échappera à aucun de nos lecteurs. M. Rapin donne une explication ingénieuse de certains cas d'utérus rétrodévié irréductible sans adhérences. L'obstacle à la réduction, dans les cas dont il veut parler, c'est la pression atmosphérique ou, plus exactement, la pression des organes voisins, intestins et leur contenu, combinée à celle de l'atmosphère.

« Un exemple fera mieux comprendre mon idée qu'une longue explication, dit-il : une femme fait, à un moment donné, un brusque et violent effort : vomissement, toux, chute, etc. Elle ressent une vive douleur dans le bas des reins, le ventre, le bassin ou les cuisses, et dès lors souffre plus ou ou moins ; mais elle ne s'adresse au médecin qu'après un temps

(1) D'après le compte-rendu du *Bulletin médical*.

très long. Celui-ci reconnaît une rétroflexion ; la présence du corps de l'utérus renversé, occupant tout l'espace de Douglas, explique les phénomènes douloureux ressentis. La réduction manuelle ou instrumentale réussit le plus souvent à redresser l'utérus et à faire disparaître les symptômes. Mais, si le corps utérin a séjourné assez longtemps dans l'espace de Douglas pour qu'il s'y soit moulé ; si, d'autre part, la fosse péritonéale recto-utérine s'est si bien adaptée au corps de l'utérus que les ligaments sacro-utérins (semi-lunaires) bordant cette fosse, le maintiennent emprisonné, toute tentative de réduction, faite avec la main, *per vaginam*, *per rectum*, ou avec l'hystéromètre échoue. On a l'impression que le fond de l'utérus est adhérent aux organes voisins. La fosse dans laquelle il est logé se soulève bien un peu avec lui ; mais si les tissus ont conservé un peu de fermeté, si les connexions du péritoine avec les organes sous-jacents sont restées normales, la résistance au redressement donne à l'opérateur l'illusion complète d'adhérences intimes ne permettant à l'utérus qu'une mobilité restreinte. Les intestins pressent sur l'utérus et le maintiennent dans sa position défectueuse. La pression atmosphérique agissant d'une part sur ces intestins et d'autre part sur l'espace de Douglas, à travers le cul-de-sac vaginal, le rectum et le plancher du bassin, oblige le cul-de-sac péritonéal de suivre tous les mouvements que la sonde ou le doigt imprimé au fond de l'utérus, jusqu'au moment où une tension trop forte amène de la douleur et une résistance telle que le diagnostic d'adhérences paraît s'imposer. La position génu-pectorale, celle de Sims, l'emploi de la sonde, ne changent pas la situation. La réduction au moyen de l'hystéromètre par le procédé classique échoue, parce que le fond de l'utérus est projeté dans une direction défavorable. Il empêche les organes contenus dans l'abdomen de venir se substituer, dans l'espace de Douglas, au fond de la matrice que l'on veut déplacer. »

Cette description est exacte et j'ai le souvenir très précis de plusieurs cas de rétrodéviation, que je suis arrivé à réduire par la manœuvre manuelle que j'ai exposée dans notre revue sur le traitement du prolapsus utérin, manœuvre dont le premier temps consiste à porter l'utérus en haut et en avant avec deux doigts recourbés en crochet dans le cul-de-sac de Douglas, appuyant sur la face postérieure de l'utérus. Dans ces cas, la première réduction nouvelle avait été douloureuse et difficile, dans son premier temps seulement, et la fin de la réduction s'était faite comme avec un utérus nullement adhérent. Néanmoins j'avais cru à l'existence d'adhérences en large surface entre le Douglas et la face postérieure de l'utérus, en commençant la réduction. C'étaient bien des rétroversions enclavées par la pression atmosphérique, comme celles dont parle M. Rapin. Une autre preuve m'en est fournie par ce fait que la manœuvre manuelle employée par moi concourrait au même but que celle qui est préconisée par M. Rapin, à l'aide de l'hystéromètre.

Voici maintenant le manuel opératoire conseillé par M. Rapin :

« Les deux premiers temps, introduction et rotation de la sonde, restent les mêmes (que dans le procédé classique) ; mais au troisième, au lieu d'abaisser le manche, nous pressons sur la sonde d'arrière en avant et de bas en haut, de façon à agir sur l'utérus comme avec un levier ou un crochet. Nous pressons sur toute la face antérieure de la cavité utérine, non plus avec la pointe de la sonde, mais avec toute la partie qui a pénétré dans l'organe, puis nous élevons et attirons l'utérus en avant et en haut, sans chercher d'abord à le redresser. Nous éloignons ainsi le fond de l'utérus du rectum, nous ouvrons par en haut le cul-de-sac de Douglas, et les intestins, poussés par la pression atmosphérique, s'y précipitent, le remplissent et aident à attirer l'utérus en avant. Au moment où ces intestins pénètrent dans l'espace de Douglas on a la sen

sation d'une résistance vaincue et l'abaissement du manche de la sonde achève le redressement de l'utérus, sans nécessiter l'emploi de la force et sans produire de douleurs vives. Ceci fait, nous retirons la sonde en poussant du doigt le col en arrière et en attirant le fond en avant à travers les parois abdominales.

Pour peu qu'il y ait quelque résistance à la traction en haut et en avant, au lieu de presser sur la sonde d'une façon continue, comme nous venons de le dire, nous faisons de petits mouvements de va et vient ou de scie, en haut, puis en avant. Ces mouvements font avancer l'utérus suivant un trajet en zig-zag, et permettent à l'intestin de mieux s'insinuer entre le fond de l'utérus, le rectum et les ligaments sacro-utérins, jusque dans l'espace de Douglas. La manœuvre se fait d'une main, et, pendant toute la durée l'indicateur de l'autre main, introduit dans le vagin, palpe le cul-de-sac postérieur, contrôle la position de la sonde dans l'utérus et avertit l'opérateur si celle-ci laisse l'utérus en arrière, sort en partie de l'organe et n'est plus en connexion qu'avec le canal cervical. Ce petit incident survient quelquefois dans cette manœuvre et indique que les tractions n'ont pas été faites dans une bonne direction. » Pour maintenir la matrice dans une situation normale, après qu'on a ainsi corrigé sa déviation, M. Rapin emploie un pessaire combiné, qui prend son point d'appui, d'une part sur le vagin, d'autre part dans la cavité utérine.

La méthode de réduction de M. Rapin mérite d'être expérimentée, car elle est très rationnelle et, pour ma part, je ne doute pas de son efficacité, car elle réalise, avec la sonde, un moyen qui m'a souvent réussi manuellement.

Nous aurons du reste à reprendre cette question, dans quelque temps, lorsque les expériences que j'ai entreprises, depuis quelques mois, avec l'aide d'un instrument nouveau, destiné à faciliter les manœuvres manuelles, dans les cas d'utérus mol-

lasse et flexible, seront terminées. La fréquence des rétrodéviations utérines, les conséquences fâcheuses qu'entraîne cette affection, l'impossibilité qu'on rencontre à appliquer à tous ces cas un traitement identique, justifient amplement les recherches que font, de divers côtés, les gynécologistes, pour augmenter le nombre des procédés de réduction et pour préciser les indications de chacun de ces procédés.

JULES BATUAUD.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS
SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE
et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr Prosper BOUTEIL, ancien interne de Saint-Lazare.

(Suite).

—

Définition du Drainage de l'Utérus.

On appelle drainage utérin, les divers procédés qui permettent le facile écoulement des liquides retenus dans la cavité utérine. Nous ferons l'historique du drainage, pour montrer qu'une des grandes préoccupations des gynécologistes de tous les pays, a été de maintenir béant l'isthme utérin, de favoriser l'évacuation des sécrétions utérines, d'assurer le redressement des déviations.

HISTORIQUE DU DRAINAGE (1).

Greenhalg et, quelque temps après, Coghlan, qui cherchaient le moyen de modifier la surface sécrétante du canal cervical par le contact d'un corps étranger, firent construire un tube métallique qui restait à demeure et qui drainait en même temps la cavité utérine.

On ne peut considérer comme un véritable mode de drainage

(1) CHÉRON. Drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.

la plupart des pessaires intra-utérins proposés dans le but de réduire les flexions utérines : telles sont les tiges de Simpson, de Wright, de Vulliet.

Felhing fit construire des drains de verre percés de trous et Ahfeld des cylindres creux en caoutchouc dans le but de faire le drainage de l'utérus.

A Schwarz, de Halle (1883), revient la première idée rationnelle du drainage utérin. Il essaya d'abord des tubes à drainage en caoutchouc ; plus tard il leur substitua des tubes en fils de verre tressés, enfin un pinceau mince de fils de verre. Schwarz obtint de bons résultats surtout dans les cas de catarrhe, de dysménorrhée et d'aménorrhée avec ou sans régression incomplète de l'utérus.

La question en était là lorsque M. Chéron, voyant dans le drainage un bon moyen de traitement, entreprit les travaux qui firent naître le drain au crin de Florence.

Dès 1882, Fritsch fait le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

En 1886, Fritsch conseille de faire l'irrigation intra-utérine continue au moyen d'une sonde ou mieux d'un tube en croix laissé à demeure à l'intérieur de l'organe.

M. Walton (1888) conseille, comme traitement des collections tubaires, le drainage au moyen d'un tube de caoutchouc de fort volume plongeant par son extrémité libre dans un vase contenant une solution de sublimé.

M. Doléris (1888), préconise l'introduction dans l'utérus, de minces bandelettes de gaze iodoformée et glycérinée.

Polk (1889), applique le drainage à la gaze iodoformée aux salpingites, aux métrites chroniques, aux métrites aiguës post-puerpérales.

Emmet est d'avis que le drainage peut être avantageux si on le pratique sans violence.

Duke (de Dublin), depuis 1889, après le curettage, introduit dans le canal cervical une tige spirale en acier pour le maintenir béant.

M. Lefour, de Bordeaux (1891), proposa comme drain, un cy-

lindre d'aluminium plein de 5 millimètres de diamètre, présentant à sa surface et dans le sens de sa longueur quatre cannelures opposées deux à deux, cannelures destinées à assurer l'écoulement du sang menstruel et des produits de sécrétion de l'organe. Cette tige est placée après dilatation à la laminaire et est définitivement suspendue par un crin de Florence qui traverse le col de part en part et est noué définitivement au devant de l'orifice externe. Elle oscille autour du crin intra-cervical comme axe et suit l'utérus dans ses moindres mouvements.

M. Gérard a fait construire un drain en aluminium de 4 centimètres de longueur ; ce drain est percé de trous qui servent à le fixer et à permettre l'écoulement des sécrétions.

Le 31 août 1892 paraît dans la « Semaine médicale » un article de M. Bonnaire sur le tubage de la cavité utérine après dilatation préalable. Il se sert d'un tube de caoutchouc malléable, quoique à parois épaisses, d'un diamètre total de 2 centimètres et percé de trous.

Au dernier congrès de Bruxelles, M. Verchère, chirurgien à St-Lazare, a présenté un drain spécial en caoutchouc rouge, de 12 centimètres de long, 9 millimètres de diamètre, qui a l'avantage de s'introduire assez aisément et de se fixer par lui-même au-dessus de l'isthme cervical, grâce à un renflement sous forme d'ailettes situé vers son 1/3 supérieur. Ce drain ne serait pas expulsé et maintiendrait ainsi un drainage prolongé difficile à obtenir avec les drains ordinaires.

Tous ces drains ont le même inconvénient ; ils n'assurent que d'une façon imparfaite l'écoulement des sécrétions ; ils sont difficiles à placer, ils sont expulsés facilement ; ils ne sont pas assez résistants pour lutter contre la contraction de l'isthme utérin, se laissent déprimer et dès lors ne remplissent plus le rôle pour lequel ils avaient été mis en place.

Le drain de M. Chéron, fait d'une substance facilement aseptisable, le crin de Florence, agissant par capillarité pour assurer l'écoulement des liquides retenus dans la cavité utérine, semble présenter des avantages qu'on n'obtient pas avec les autres modes de drainage.

La simplicité de technique mise en usage, l'avantage qu'il y a à se servir d'un drain que les contractions utérines ne peuvent chasser et qui assure l'écoulement par capillarité, qui ne produit ni traumatisme ni irritation des parois de l'utérus, sont des raisons suffisantes pour en légitimer l'emploi.

Description du Drain.

Le drain qu'emploie M. Chéron est formé de brins de crins de Florence d'une longueur de 0,15 cent. Le nombre de ces crins est variable et dépend du degré de dilatation de l'utérus : certains drains ont 20 brins, d'autres en ont 100.

Ils sont repliés sur eux-mêmes de façon à former une grande boucle oblongue que sa grande tendance à revenir vers la forme elliptique maintient dans la cavité utérine sans violence. Ils sont réunis en faisceau à leur extrémité et assujettis au moyen d'un petit cylindre creux placé lui-même au centre d'un plateau en celluloïde à bords mousses de 1 centimètre 1/2 de diamètre extérieur.

Grâce à ses bords mousses ce plateau ne peut pas blesser la muqueuse des lèvres du col. Indissolublement relié au drain, lorsque celui-ci se trouve dans la cavité utérine, le plateau suit forcément le col dans tous ses déplacements en avant et en arrière, déterminés par les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie.

L'adjonction de ce plateau a un avantage autrement important: il permet de simplifier le porte-drain et le manuel opératoire de l'introduction des drains.

Le porte-drain à plateau est un tube métallique ayant la courbure utérine. Il est muni, sur le côté convexe, de cette courbure d'une fente longitudinale de 8 à 9 centimètres de longueur. L'extrémité inférieure donne passage au mandrin.

Le mandrin est formé d'une tige flexible terminée à son extrémité inférieure par un bouton conique qui s'emboîte dans le pavillon et, à son extrémité inférieure, par un petit cylindre métal-

lique destiné à faire cheminer le drain le long du tube et à le chasser dans l'utérus.

TECHNIQUE.

On arme le porte-drain, c'est-à-dire qu'on charge l'instrument d'un drain à plateau ; on l'introduit sans violence dans la cavité cervicale ; on pousse le mandrin. Ce dernier repousse le drain au devant de lui par l'intermédiaire du plateau. Le drain franchit l'isthme ; les crins reprennent la forme elliptique et maintiennent le drain dans la cavité utérine.

Il est indispensable de n'employer que des drains absolument aseptiques et conservés dans une solution fortement antiseptique : liqueur de Van Swieten, solution alcoolique de naphtol, etc.

Le porte-drain aura été stérilisé à l'étuve ou flambé avec soin sur la lampe à alcool.

INDICATIONS DU DRAINAGE.

Le drainage de la cavité utérine représente un moyen complémentaire du curettage dont les indications les plus nettes sont les suivantes :

1° Toutes les fois qu'il y a intérêt à maintenir largement ouvert l'isthme et le canal cervical, soit qu'on espère l'évacuation de certaines collections séreuses ou séro-purulentes des trompes par la filière génitale, soit qu'on veuille obtenir la sortie immédiate des sécrétions séro-sanguinolentes causées par le curettage ;

2° Quand il existe des irrégularités et des flexuosités du canal cervical, donnant naissance à la dysménorrhée mécanique ;

3° Quand il existait antérieurement au curettage une *sténose* de l'orifice externe qu'on craindrait de voir se reproduire ;

4° Quand le curettage a été pratiqué sur des utérus déviés par version ou flexion ;

5° Quand on craint que la muqueuse nouvelle ne se forme d'une façon exubérante.

Dans tous les cas, l'association du curettage et du drainage donne des résultats thérapeutiques supérieurs au curettage isolé.

OBSERVATION I (1)

Hôpital de Stuyvenberg (Anvers). — Observation recueillie dans le service du Dr Rochet par M. le Dr Lambotte. — Endométrite chronique. — Pyosalpingite. — Curettage. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort.

La nommée Jeanne F..., âgée de 26 ans, entre, le 13 octobre 1891, dans le service du Dr Rochet pour une affection utérine dont elle souffre depuis trois mois. Cette femme, célibataire, sans enfants, a eu un avortement il y a trois mois. Elle assure n'avoir jamais été malade antérieurement, les règles ont toujours été normales. Depuis l'avortement elle est sujette à des pertes sanguines peu abondantes, mais répétées presque journellement et qui ont déterminé une anémie très prononcée. En outre, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans le dos et les cuisses et rendant la marche et le travail très pénibles.

Examen gynécologique : Au palper bimanuel, on constate que la matrice est de volume normal, mobile et indolore. Du côté des annexes, on trouve l'ovaire gauche prolabé et douloureux. Du côté droit, tumeur allongée, peu volumineuse et douloureuse à la pression.

Examen au spéculum : le col est arrondi, un peu tuméfié, l'orifice externe est étroit, présente une légère érosion et un écoulement sanguin purulent.

Diagnostic : Endométrite chronique. Salpingite catarrhale.

Traitement : Le 16 octobre 1891, désinfection du vagin, une tige de laminaria est placée dans le col.

Le 17 décembre, curettage de l'utérus, légère discision du col ; irrigation au sublimé à 1/2 ‰, cautérisation au chlorure de zinc, à 10 % et tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la malade se plaint de douleurs dans le ventre. La température est normale, le pouls à 120.

Le 18 décembre 1891, température, 38,2 ; pouls, 115. Faciès grippé. Vomissements muqueux. Ventre peu ballonné, douloureux.

Le 19, amélioration légère.

Le 20, la température s'élève, signes évidents de péritonite.

La situation s'aggravant le soir, je pratique la laparotomie. A l'incision du péritoine, un flot de pus fétide s'écoula (environ deux litres). Les intestins, rouges et distendus baignaient dans le pus. L'incision

(1) Publiée par MM. Lambotte et Rochet dans le *Journal d'accouchements de Liège* (Avril 1892.)

abdominale ayant été agrandie jusqu'à l'ombilic, je fis un lavage soigneux de la cavité abdominale au moyen d'une solution boriquée à 2 %. Deux gros drains furent placés, l'un jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, l'autre au milieu des anses intestinales.

Le lendemain, amélioration passagère, et le surlendemain, mort.

Tableau du pouls et de la température.

		Matin				Soir		
		—				—		
17	octobre :	+° 36,8.	Pouls	72 (curettage)	....	+° 36,7.	Pouls	120
18	—	38,2.	—	115	....	37,4.	—	118
19	—	37,3.	—	100 (péritonite suppurée)	...	38,6.	—	140
20	—	38,4.	—	120 (laparotomie)	....	39,6.	—	135
21	—	36,4.	—	100	....	38,2.	—	140
22	—	37,6.	—	160 morte à midi.				

Autopsie : A l'ouverture du ventre on trouve l'intestin grêle fortement distendu par des gaz ; sa surface est rouge, injectée et recouverte d'un enduit purulent. Des amas de pus se trouvent entre les anses intestinales et se prolongent jusqu'au foie et l'estomac.

Les organes génitaux internes ayant été soigneusement séparés du bassin, on constate que l'utérus est de volume normal, sans adhérences ni déplacements, la cavité un peu dilatée contient une matière pulpeuse grisâtre, peu abondante, le parenchyme est intact. — La trompe gauche présente le volume d'un petit doigt et en l'incisant il s'écoule 3 à 4 grammes de pus rougeâtre. L'ovaire gauche est prolabé, adhérent et contient de petits foyers purulents, la trompe droite se présente sous forme d'une poche vide du volume du pouce ; à son extrémité droite on trouve un orifice déchiqueté, admettant l'index. — L'ovaire droit est peu altéré, adhérent.

L'examen cadavérique des autres organes ne présente aucune particularité digne d'être signalée.

L'autopsie démontre donc d'une façon évidente :

1° Que le diagnostic était inexact quant à l'état des annexes. Les trompes en effet renfermaient du pus ;

2° Que la péritonite suppurée est due à la rupture de la trompe droite, car d'une part on trouve cette trompe déchirée, et d'autre part on trouve le parenchyme utérin intact ne présentant ni perforation, ni trace de suppuration qui puissent expliquer l'infection du péritoine.

Selon toute vraisemblance la rupture de la poche s'est produite pendant le curettage, par suite *des tractions opérées sur l'utérus.*

OBSERVATION II (1)

Endométrite et Pyosalpingite. — Dilatation et curage. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort,

Par le Dr R. PICHEVIN

H..., Marguerite, 22 ans, couturière, entre le 2 Janvier 1893 au n° 7 de la salle Lenoir (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker).

Antécédents héréditaires. — Nuls. Ant. personnels. Coqueluche dans la 1re enfance. Fièvre typhoïde à 15 ans. Cette femme, élevée à la campagne, a toujours eu des maux de tête et d'estomac. La menstruation débute à 18 ans. Les règles reviennent à des époques fixes et sont souvent accompagnées de douleurs de moyenne intensité ; elles sont très abondantes et durent de 3 à 4 jours. Pas de grossesse ; pas de fausse couche ; pas de leucorrhée.

Depuis un an, la malade souffre dans le bas-ventre et tout particulièrement du côté gauche. Ces douleurs ont augmenté dans ces derniers mois. Elles provoquent parfois des insomnies et empêchent cette femme de vaquer à ses occupations.

Aucun trouble digestif ; pas de troubles urinaires.

La malade entre à l'hôpital à cause des souffrances qu'elle endure.

Les dernières règles ont pris fin il y a treize jours. Cette malade a une perte utérine depuis huit jours.

Examen le 4 janvier 1892. — Eversion et ectropion des lèvres du col. — L'utérus est en rétroversion peu prononcée. La sonde pénètre transversalement dans la cavité utérine. On sent difficilement le corps de la matrice par le palper et le toucher combinés. La matrice est confondue avec une masse qui se trouve dans le cul-de-sac gauche et dans celui de Douglas. En n'usant que du toucher vaginal, on croirait que cette masse arrondie est le corps de l'utérus en rétro-latéro-déviation gauche. Mais c'est une fausse interprétation. La tumeur est constituée par une masse d'oophoro-salpingite gauche, rénitente et indépendante de la matrice, qui est un peu à droite, à côté et au-dessus de la salpingo-ovarite. Les ligaments utéro-sacrés, et en particulier le droit, sont très tendus.

Le 7 janvier, j'injecte dans la cavité utérine le contenu d'une seringue de Braun d'hamameline stérilisée.

Le 8, l'hémorrhagie est à peu près arrêtée. Deuxième injection d'hamameline.

(1) Observation publiée par le Dr Pichevin, dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* (1892).

Le 9, l'hémorrhagie est définitivement arrêtée. On laisse la malade au repos. Injections antiseptiques chaudes.

Du 20 janvier au 2 février on fait la dilatation utérine avec des laminaires (les 20, 24 et 27 janvier). L'introduction et le séjour des laminaires ne donnent lieu à aucun incident : ni douleurs, ni fièvre.

Le 2 février, curage par M. le professeur Le Dentu, qui complète sous le chloroforme la dilatation utérine avec des grosses bougies de Hégar.

Cette malade va très bien depuis le curage. Les suites sont des plus simples. Pas de réaction. Elle demande tous les jours à se lever. Elle saute dans son lit, et ne peut rester un seul moment tranquille.

Elle sort de son lit le 8 février.

Le 7, au soir t° = 37,4.

Le 8, au matin t° = 36,5.

Le 7, au soir, t° = 37,6.

Elle a des douleurs modérées dans le bas-ventre et en particulier du côté gauche. La situation n'était pas inquiétante.

Le 10 février, la malade raconte que depuis quatre heures du matin elle a de violentes douleurs dans le bas-ventre et à gauche. Ces douleurs reviennent par accès.

Constipation depuis trois jours. La malade a vomi pendant la nuit. A huit heures et demie du matin et à dix heures et demie vomissements verdâtres. Cataplasmes laudanisés.

Je trouve cette malade avec la face un peu altérée, le pouls a 70 environ, bon pouls plein, pas de ballonnement. Mêmes douleurs spontanées très vives, plaintes, cris, vomissements. Je pense qu'il s'agit d'une péri-salpingite. En effet, le 7 et le 8, il y a eu une légère élévation thermique accompagnée de quelques douleurs. Injection de morphine ; à onze heures du matin les douleurs se calment.

Le soir, 10, mercredi, à la contre-visite, face grippée, vomissements, pas de ballonnement : le ventre est un peu dur au niveau de la fosse iliaque gauche, pouls bon, plein, 80 pulsations. Douleurs spontanées vives et revenant par crises. Je pense à la rupture d'un pyo-salpinx. et prie l'interne du service de toucher la malade, il sent une grosse masse rénitente à gauche.

Température du 10 : matin, 36,4 ; soir, 36,8. Le jeudi matin, la température est à 36,2. La face est plus grippée. Les douleurs sont moins vives, mais il y a de la tension du ventre, du côté gauche.

Quelques vomissements dans la nuit. Le pouls est à 84, très régulier.

Certaines circonstances m'empêchèrent de faire la laparotomie le jeudi matin. Le soir, la température était à 36,8.

Le vendredi 12, l'état était plus grave. Pouls à 90, bon, bien frappé. Douleurs très vives, mais altération très marquée de la face.

Je fais la laparotomie. Je constate tout d'abord des adhérences de l'épiploon à une masse profondément située. Je tombe sur une masse du volume du poing, dure comme du bois, en certains points et fermement adhérente à la partie postérieure du bassin. Il existe de la péritonite, s'étendant depuis le petit bassin jusqu'à l'ombilic : rougeur des anses intestinales, qui sont recouvertes, en certains endroits de fausses membranes glutineuses.

C'est avec une peine infinie que j'arrive à décortiquer la masse ovaro-salpingitique fixée aux parois du bassin. A un moment donné la poche se rompt et il s'écoule du pus dans la cavité pelvienne. L'utérus était confondu avec la tumeur et très adhérent au rectum. Je détache les adhérences postérieures. Les ligaments utéro-sacrés (surtout le droit) sont gros comme le petit doigt, durs et résistants.

A droite, la trompe est saine, l'ovaire est entouré de fausses membranes épaisses et adhérentes : ce qui rend l'extirpation assez pénible. Je fais passer 12 à 14 litres d'eau stérilisée et salée dans le ventre. Tamponnement à la gaze iodoformée. Sutures au crin de Florence.

La pièce principale est constituée par une masse oophoro-salpingitique du volume d'une mandarine. La portion interne de la trompe atteinte d'inflammation parenchymateuse, est grosse comme le doigt. La portion externe est dilatée et renfermait le pus qui s'est écoulé dans le ventre. Les parois de la poche sont épaisses. L'ovaire accolé à cette poche est ratatiné, fibreux et dur.

La malade est morte le lendemain. Cette observation soulève plusieurs points de pratique intéressants.

Il s'agit d'une rupture de pyo-salpingite ayant donné naissance à une péritonite généralisée et assez rapidement mortelle.

M. Pichevin conclut qu'il ne faut pas mettre sur le compte de l'opération la rupture de la poche purulente dans la cavité péritonéale. Il croit s'être trouvé en présence d'une rupture dite spontanée de pyo-salpingite.

Mais on sait combien est rare cette complication si redoutable des pyo-salpinx, si rare que M. Pichevin dit n'en avoir jamais observé avant. Aussi nous permettrons-nous de ne pas être de son avis et de croire à une rupture de la trompe causée par les manœuvres d'abaissement auxquelles a été soumis l'utérus soit pour le placement des laminaires, soit pour la pratique du curage. Et ce qui ressort de cette observation, c'est que l'abaissement forcé de l'utérus à la vulve est

une manœuvre extrêmement dangereuse, puisque l'on peut déchirer la trompe adhérente, kystique et purulente.

(*A suivre*).

N. B. — L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain n° la fin du mémoire de M. Murray sur les cas de pyo-salpinx traités par le drainage utérin avec grossesse consécutive.

(*N. D. L. R*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

DE L'ABLATION DE CERTAINS GRANDS FIBRO-MYOMES INTERSTITIELS DU CORPS DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE PÉRINÉO-VAGINO-RECTALE.

M. PÉAN. — Actuellement, la plupart des chirurgiens mis en présence de corps fibreux utérins, adoptent la pratique que je défends depuis 1882, c'est-à-dire qu'ils enlèvent de bonne heure ces tumeurs par la voie vaginale.

Mais à côté des cas habituels, il est certains fibromes interstitiels qui prennent naissance sur la face postérieure de l'utérus et qui, en grossissant, descendent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. A cette période, ils la dédoublent en obstruant le fond du vagin et refoulent le col de l'utérus au point qu'il est impossible de les mettre à nu, de les abaisser et de les fragmenter.

En pareil cas, le mieux est de les aborder au moyen d'une incision faite à travers le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'au péritoine. Voici comment il convient alors de procéder : au moyen de deux pinces à mors longs et dentés, je saisis fortement le périnée et la cloison recto-vaginale avec l'un des mors engagé dans le vagin, l'autre dans le rectum. L'hémostase préventive ainsi obtenue, je coupe à sec les tissus dans leur intervalle, sur la ligne médiane, sans perdre de sang. Au besoin je place deux nouvelles pinces au-dessus des précédentes, si cela est nécessaire pour at-

teindre la partie inférieure de la tumeur. Ces pinces sont confiées aux aides et servent de rétracteurs.

Dès que la partie inférieure de la tumeur est mise à nu, elle apparaît entre les muqueuses du vagin et du rectum qu'elle a dissociées. Aussitôt le chirurgien la saisit avec nos pinces à mors dentés, l'abaisse, la morcelle et l'extrait par fragments en ayant soin de conserver l'utérus, si cela est possible.

Au cours et à la fin de l'opération, on pince avec nos longuettes les vaisseaux les plus importants qui entourent la tumeur. Ces pinces sont elles-mêmes retirées, après quelques minutes ou après quelques heures, suivant le volume de ces vaisseaux. Il convient aussi de placer à demeure, dans la vaste cavité laissée par la tumeur, un gros tube élastique, fenêtré en canon de fusil et quelques éponges iodoformées ou salolées, solidement attachées avec un gros lien de soie. Ces éponges sont retirées au bout de deux ou trois jours. Passé ce temps, il suffit de faire des injections antiseptiques par le tube élastique.

L'opération terminée, on réunit l'une et l'autre les muqueuses rectale et vaginale avec des surjets de catgut et les tissus intermédiaires avec des anses séparées de crins de Florence conduits transversalement à travers le périnée. De la sorte l'opération est rapidement exécutée et suivie de la réunion par première intention de tous les tissus divisés.

La voie opératoire que nous venons d'indiquer nous a depuis longtemps permis d'enlever des tumeurs cancéreuses qui avaient pris naissance à la partie la plus élevée de la face postérieure du vagin ou qui étaient nées sur la face antérieure du rectum.

Mais, en ce qui concerne les fibromes utérins, elle doit être réservée pour ceux qui, exceptionnellement, ne peuvent être enlevés directement par le vagin.

Il y a quelques années, j'étais parvenu à enlever des tumeurs semblables par la voie ischio-vaginale, c'est-à-dire en passant avec le bistouri dans l'espace qui sépare le vagin de la face interne de l'ischion.

Quelques chirurgiens seraient peut-être plus disposés à préférer la voie sacrée pour atteindre les fibromes qui nous occupent.

Mais l'expérience m'a démontré que la voie transpérinéo-recto-vaginale permet, plus facilement et avec moins de délabrement, de les enlever.

En pareil cas, le chirurgien doit se conformer à la règle qui consiste à aborder la tumeur par la voie abdominale, quand elle est de petite ou de moyenne grosseur.

Si son ablation nécessite une mutilation trop grande de l'utérus, il faut recourir de préférence aux procédés qui permettent le plus facilement d'enlever en totalité l'utérus et ses annexes.

Exceptionnellement, on peut recourir à la voie transpérinéo-recto-vaginale, lorsque les fibromes descendent dans l'épaisseur de la cloison recto- ou vésico-vaginale, obstruent la partie supérieure du vagin et rendent la voie vaginale inaccessible.

Cette opération préliminaire permet d'enlever rapidement ces sortes de fibromes, grâce au morcellement lors même qu'ils remontent aux fosses iliaques et à l'ombilic.

Elle permet également, quand elle est suivie de la fermeture méthodique des tissus divisés et de pansements antiseptiques, d'obtenir rapidement et sans danger des guérisons dans des cas qui auraient été déclarés inopérables par d'autres voies.

(*Bull. méd.*).

Section d'Obstétrique et de Gynécologie.

DE L'AGRANDISSEMENT MOMENTANÉ DU BASSIN.

M. Pinard (de Paris), *rapporteur*. — Je n'entreprendrai pas la tâche d'énumérer toutes les observations de symphyséotomie publiées dans ces quelques années et dont le nombre augmente chaque jour, et je ne rapporterai que les observations recueillies dans mon service, à la clinique Baudelocque, au sujet d'une méthode qui doit se substituer aux applications de forceps, à la version, à l'accouchement provoqué et, dans la plupart des cas, à l'opération césarienne, lorsqu'il y a disproportion entre la filière pelvienne et la tête fœtale. Déjà le nombre de mes observations est assez considérable pour que les résultats ne puissent être attribués au hasard d'une série heureuse ou malheureuse, et il suffit à montrer ce qu'on est en droit d'attendre d'opérations pratiquées d'une façon méthodique. En limitant ainsi mon sujet, il me sera possible de comparer les résultats obtenus par l'agrandissement momentané du bassin avec les résultats obtenus antérieurement, lorsque les mêmes personnes, dans le même service, employaient d'autres moyens.

Depuis le 4 février 1892 jusqu'au 8 mars 1894, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la Clinique Baudelocque, comprenant 36 symphyséotomies, 1 pubiotomie et 1 ischiopubiotomie ou opération de Farabeuf. Ces 38 agrandissements momentanés du bassin ont donné, pour la mère, 36 guérisons, et 2 morts, avec 34 enfants vivants et 4 morts.

La première femme qui a succombé était en travail depuis trois jours, l'œuf ouvert depuis soixante-six heures, le liquide amniotique vert, épais et entièrement fétide; elle avait été touchée en ville plusieurs fois par une sage-femme et par un médecin. L'opération se passa sans incident et fut suivie de réunion immédiate de la plaie superficielle. La mort survint au neuvième jour par septicémie à staphylocoques. Bien que cette femme fût compromise à son arrivée dans mon service, j'avais pratiqué la symphyséotomie parce que l'enfant était vivant, sachant bien que, si le résultat pouvait être nuisible à ma statistique, il ne pouvait l'être à mon opérée.

La deuxième femme morte après symphyséotomie a succombé, au septième jour, à une obstruction intestinale causée par une bride ou plutôt par une frange très mince située à l'union de l'S iliaque et du rectum, et que la laparotomie, pratiquée le cinquième jour, n'avait pu faire découvrir. Il a été impossible de relever dans ce cas le moindre rapport entre la cause de la mort et la symphyséotomie.

Sur les quatre cas de mort survenus chez l'enfant, le premier était dû à une inexpérience, la symphyse ayant été incomplètement sectionnée et le bassin ne s'étant pas trouvé suffisamment agrandi, vu le volume de la tête et le rétrécissement du bassin; le deuxième est attribuable à l'accouchement provoqué, par trop prématuré; le troisième à une application de forceps irrégulière avec un écartement préalable insuffisant; le quatrième à des applications de forceps faites avant la symphyséotomie.

Je dois signaler une complication exceptionnelle qui est survenue dans le cas suivant : il s'agissait d'une femme dont le membre inférieur droit était ankylosé sur le bassin et chez laquelle la symphyse n'était plus sur la ligne médiane, mais se trouvait déviée à droite. Dans ces conditions, l'écartement du pubis ne se produisit pas d'une façon symétrique, la moitié droite restant plus ou moins immobile ; pendant l'extraction de la tête par le

forceps, la vessie fut comprimée de ce côté, et il en résulta une fistule vésico-vaginale, qui a été opérée par M. Segond (de Paris) et qui est aujourd'hui guérie.

Dans aucun cas je n'ai constaté le moindre accident *pendant la section et l'agrandissement du bassin*. Pendant l'extraction du fœtus, j'ai vu se produire cinq fois, chez des primipares, une déchirure de la paroi antérieure du vagin, faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire, mais ces déchirures, peu étendues, se sont réunies par première intention, trois fois avec un simple tamponnement, deux fois après l'application de deux points de suture.

Chez toutes mes opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent quitter le lit, se lever et marcher avec facilité en moyenne vers le vingtième jour.

Une d'entre elles est devenue enceinte trois mois après avoir été symphyséotomisée, et la grossesse n'a déterminé aucun relâchement pathologique des symphyses. Une rupture prématurée des membranes l'a fait entrer à la Clinique, où après avoir accouché d'un enfant pesant 3,250 grammes, elle a quitté le service au dix-septième jour complètement rétablie.

Une deuxième opérée est à l'heure actuelle enceinte de cinq mois, et sa grossesse évolue normalement, sans aucune douleur au niveau des articulations pelviennes.

Quant aux enfants leur développement a été tout à fait normal ; nous en avons revu le plus grand nombre, se développant tous régulièrement, sauf un chez lequel on constate à l'heure actuelle une hydrocéphalie assez accusée, mais je dois faire remarquer, au sujet de cet enfant, que plusieurs tentatives d'application de forceps avaient été faites par M. Fochier (de Lyon) et par moi, avant de pratiquer la symphyséotomie.

Si je compare les résultats que nous avons obtenus par l'agrandissement momentané du bassin, depuis le 4 février 1892, à ceux que nous avaient fournis, en 1890 et 1891, les accouchements provoqués pour cause de viciation pelvienne, les années 1892 et 1893 nous donnent, sur 38 cas 36 femmes vivantes et 2 morts, et 34 enfants vivants, avec 4 morts, soit 70 vivants pour 6 morts, alors que les deux années précédentes nous avaient donné, sur 64 cas, 62 femmes vivantes avec 2 morts et 30 enfants vivants seulement, avec 34 morts, soit un total de 92 vivants et 36 morts.

Cette comparaison suffit à montrer quels peuvent être les bienfaits de l'agrandissement momentané du bassin, qui permet de renoncer définitivement à l'embryotomie sur l'enfant vivant et aussi à l'accouchement prématuré, indispensable dans tant de cas de rétrécissement du bassin lorsqu'on n'applique pas la méthode que je préconise.

Au point de vue de la technique opératoire, les recherches anatomiques et physiologiques auxquelles s'est livré M. le professeur Farabeuf l'ont amené à formuler quelques conseils précieux que je vais résumer brièvement : on place l'extrémité de l'index gauche au côté gauche du clitoris, très bas, et on en abaisse la racine gauche jusqu'à ce que l'on sente le sommet de l'arcade; sur son ongle on fait aboutir l'incision commencée à la hauteur nécessaire, repassant le bistouri jusqu'à ce qu'on ait bien mis à nu les tissus blancs présymphysiens ; les faisceaux du ligament suspenseur médian du clitoris étant sectionnés d'un coup de bistouri transversal, on abaisse la lèvre inférieure de cette petite plaie transversale en grattant la symphyse, et bientôt *l'arcuatum* est sous les yeux de l'opérateur avec son bord inférieur net, poli et absolument libre. Pour la face postérieure de la symphyse, si, après avoir séparé les muscles droits, on introduit le doigt fortement recourbé pour gratter le périoste avec l'ongle ou un instrument mousse, on rejoint sous l'arcuatum la voie naturelle qu'on vient d'ouvrir en avant.

Pour charger alors la symphyse, M. Farabeuf se sert aujourd'hui d'une simple lame d'acier mousse transformée en gouttière arquée sur une longueur de quelques centimètres, et il ne reste plus qu'à pratiquer la section.

On peut émettre relativement à la symphyséotomie, les conclusions particulières suivantes :

1° La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse ;

2° Pour être utile, elle doit être complète et l'écartement préalable du pubis en rapport avec le rétrécissement du bassin;

3° Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme ;

4° L'écartement du pubis dépassant 7 centimètres, pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit ;

5° Dans les rétrécissements où l'écartement du pubis, poussé à 7 centimètres, ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ;

6° Dans les cas de bassin oblique ovalaire avec synostose d'une des articulations sacro-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischiopubiotomie (opération de Farabeuf) ;

7° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Comme conclusions générales, nous pouvons dire que l'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite, et que l'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et les conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner : 1° l'accouchement prématuré artificiel ; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin non vaincue par les contractions utérines.

Dr F. Landucci (de Florence).

Suites éloignées du traitement électrique conservateur en gynécologie. Grossesses consécutives,

Par le Dr G. Apostoli.

L'Électrothérapie intra-utérine (faradique — galvanique — ou sinusoïdale), telle que la préconise le Dr Apostoli, sagement, rationnellement et patiemment appliquée, mérite de rester à la tête de la thérapeutique gynécologiste conservatrice :

1° Parce qu'elle assure le plus souvent une amélioration symptomatique qui tient bien des fois lieu de guérison :

a) Souveraine contre l'endométrite et les principaux troubles fonctionnels (aménorrhée — dysménorrhée — ou métrorrhagie) ;

b) Très efficace contre les fibromes non kystiques ;

c) Utile souvent (mais non toujours) contre les phlegmasies péri-utérines non suppurées ;

d) Impuissante, par ses seules ressources, contre les collec-

tions kystiques de toute nature, et les lésions suppurées pelviennes ou annexielles.

2° Parce que, dans les cas où elle est inefficace, elle permet d'utiliser son impuissance même (par l'étude attentive et inoffensive de ses réactions opératoires et post-opératoires) pour éclairer ou confirmer un diagnostic douteux — imposer ou précipiter ainsi une intervention chirurgale retardée ou bien déjà refusée.

3° Parce que, si les conséquences symptomatiques immédiates de son application sont généralement favorables, les suites éloignées ne présentent pas un moindre intérêt à cause des grossesses ultérieures qu'on observe :

Soixante-sept femmes, toutes déjà soignées par le Dr Apostoli et uniquement par des applications électriques intra-utérines, ont eu, en effet. dans un délai variable, mais le plus souvent rapproché de la fin du traitement, une ou plusieurs grossesses consécutives, ce qui témoigne à la fois de l'efficacité symptomatique et fonctionnelle du traitement institué.

4° Ainsi, l'Électrothérapie gynécologique, loin de se montrer hostile à la chirurgie dont elle cherche au contraire à éclairer la route et à assurer la légitimité des indications, réclame sa place marquée, soit, dans un grand nombre de cas, pour éviter une mutilation dangereuse ou inutile, — soit, dans quelques autres, pour l'imposer avec autorité, — soit enfin, chez certaines malades, pour terminer l'œuvre de la chirurgie qui a épuisé ses armes et aider de la sorte plus efficacement et plus promptement au complet rétablissement symptomatique et fonctionnel.

La Gynécologie devant le Congrès de Rome.

M. Pestolozza (de Florence) parle du traitement de la rétroflexion utérine par la colporraphie. Après avoir été, au début, partisan de cette opération qui, dit-il, donne toujours un résultat immédiat parfait, le chirurgien florentin est moins satisfait des résultats éloignés.

En effet, quelques mois après l'opération, la rétroflexion se reproduit dans presque la moitié des cas,

Il pratiqua huit fois la vagino-fixation, toujours pour rétro-

flexion réductible, sans adhérences péri-utérines ni lésions des annexes; chaque fois il s'est produit, au bout de quelques mois, une récidive de la déviation utérine. Bien que le nombre de ces cas soit restreint, il croit, étant donné leur homogénéité, pouvoir en conclure que l'on doit pratiquer la vagino-fixation dans les cas seulement où l'utérus, en rétroflexion, réductible, ne pourra être maintenu en place par un pessaire, ou dans le cas où celui-ci ne pourra pas être toléré.

S'il existe des adhérences, il préfère avoir recours à l'hystéropexie abdominale ou au raccourcissement des ligaments ronds. Il croit que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux que l'on emploie pour les sutures, mais au caractère anatomique des tissus mis en contact.

Les indications de la vagino-fixation doivent donc, suivant lui, être très restreintes et ce procédé n'a qu'une valeur transitoire, analogue à celle du pessaire.

Nous ne saurions souscrire, d'une façon absolue, à ces conclusions. Si, comme l'orateur, nous pensons que l'hystéropexie abdominale est le traitement de choix pour les rétroflexions utérines adhérentes, nous estimons, par contre, qu'une opération anaplastique régulièrement pratiquée sur le vagin donne des résultats parfaits, non seulement immédiatement après l'opération mais dans l'avenir, et nous avons vu maints succès définitifs dus à cette intervention. Aussi ne saurions-nous assimiler l'intervention chirurgicale aux effets d'un simple pessaire.

M. Pozzi fait deux communications intéressantes ; la première a rapport au traitement chirurgical du vaginisme.

M. Pozzi décrit un procédé nouveau, mais qui n'a pas encore reçu la sanction indispensable du temps ; son opération ne date en effet que de trois semaines, au moment où il fait sa communication :

Il s'agit d'une femme mariée depuis huit ans et possédant encore un hymen intact. L'orifice de la vulve était très sensible et fort étroit ; et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu triompher des obstacles. M. Pozzi conçut le plan d'une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment il procéda : il fit d'abord l'incision de l'hymen

avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de Trélat qu'on emploie pour la fissure anale; ensuite il pratiqua de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix. Elle mettait à nu les fibres du *constrictor cunni* et divisait leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Ensuite il fit la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement ; il donna ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grande axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire ; il réunit alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croisât perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouvât reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve : la suture attira la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

Par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement utilisé pour la périnéorraphie par le procédé de Lawson-Tait.

La deuxième communication du même auteur fait connaître un procédé de RÉUNION IMMÉDIATE SECONDAIRE DE LA PLAIE ABDOMINALE DES LAPAROTOMIES SUIVIES DE DRAINAGE.

On sait que, lorsque, à la suite des laparotomies, on a cru devoir établir un drainage abdminal, il persiste une cicatrice, souvent insuffisante pour empêcher l'éventration ultérieure. C'est là l'inconvénient principal de ce drainage abdominal ; ce drainage est souvent une nécessité qu'on subit sans pouvoir l'éviter ; il ne saurait donc être question de s'en passer, mais seulement de remédier à l'éventration à laquelle il prédispose.

Voici comment procède M. Pozzi :

« Je suppose, dit-il, un drainage de Mikulicz jugé utile, on traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale par deux fils métalliques. Ils sont noués sans être serrés et renforcés par des crins de Florence placés sur l'aponévrose. Ces fils d'attente, posés au moment même de l'opération, permettront de suturer sépare-

ment les couches de la paroi abdominale, que plus tard on ne pourrait isoler sur la tranche uniformément bourgeonnante de la plaie. Les fils de l'aponévrose sont distincts pour chaque côté de la plaie, afin d'éviter d'avoir trop d'anses dans les parties réservées au sac de gaze. Les fils sont noués deux à deux au moment où on retire le Mikulicz.

Lorsqu'une suppuration trop prolongée empêche d'effectuer la réunion en temps utile, lorsqu'on craint que les fils ne se résorbent ou ne coupent les tissus, il faut, quatre ou cinq jours après l'opération, nouer ceux de la partie inférieure de la plaie pour la fermer. En effet, c'est à cet endroit que l'absence de réunion prédispose le plus (l'observation le démontre) à des éventrations ; c'est de la solidité en ce point que dépend la solidité dans toute l'étendue de la plaie qui n'a pas été réunie au moment de l'opération. Smith plaçait déjà un seul fil d'attente à l'endroit du tube de drainage.

La réunion immédiate secondaire est aussi applicable lorsque le plan aponévrotique a été intéressé et non le péritoine, ainsi que dans les abcès profonds de la paroi abdominale ou après l'ablation d'une tumeur fibreuse interstitielle, quand la réunion immédiate primitive n'a pas été effectuée volontairement sur toute la longueur de la plaie.

En résumé, dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparotomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, enlève toute prédisposition à l'éventration. »

Le docteur Rapin (de Lausanne) fait une communication sur une NOUVELLE MÉTHODE DE RÉDUCTION DE LA RÉTRODÉVIATION UTÉRINE.

En dehors des obstacles bien connus qui s'opposent à la réduction de l'utérus rétrofléchi (adhérences, etc.), l'auteur pense qu'il faut attacher la plus grande importance à la pression des organes voisins, intestins, vessie, pression combinée à la pression atmosphérique. Voici, d'ailleurs, comment s'exprime l'auteur :

« Une femme fait, à un moment donné, un brusque et violent effort : vomissement, toux, chute, etc. Elle ressent une vive douleur dans le bas des reins, le ventre, le bassin ou les cuisses, et, dès lors, souffre plus ou moins ; mais elle ne s'adresse au médecin qu'après un temps très long. Celui-ci reconnaît une rétrofle-

xion ; la présence du corps de l'utérus renversé, occupant tout l'espace de Douglas, explique les phénomènes douloureux ressentis.

La réduction manuelle ou instrumentale réussit le plus souvent à redresser l'utérus et à faire disparaître les symptômes. Mais, si le corps utérin a séjourné assez longtemps dans l'espace de Douglas pour qu'il s'y soit moulé ; si, d'autre part, la fosse péritonéale recto-utérine s'est si bien adaptée au corps de l'utérus que les ligaments sacro-utérins (semilunaires) bordant cette fosse le maintiennent emprisonné, toute tentative de réduction, faite avec la main, *per vaginam*, *per rectum* ou avec l'hystéromètre, échoue.

On a l'impression que le fond de l'utérus est adhérent aux organes voisins. La fosse dans laquelle il est logé se soulève bien un peu avec lui ; mais si les tissus ont conservé un peu de fermeté, si les connexions du péritoine avec les organes sous-jacents sont restées normales, la résistance au redressement donne à l'opérateur l'illusion complète d'adhérences intimes ne permettant à l'utérus qu'une mobilité restreinte. Les intestins pressent sur l'utérus et le maintiennent dans sa position défectueuse. La pression atmosphérique agissant, d'une part, sur ces intestins et, d'autre part, sur l'espace de Douglas, à travers le cul-de-sac vaginal, le rectum et le plancher du bassin, oblige ce cul-de-sac péritonéal de suivre tous les mouvements que la sonde ou le doigt imprime au fond de l'utérus, jusqu'au moment où une tension trop forte amène de la douleur et une résistance, telle que le diagnostic d'adhérences paraît s'imposer.

La position genu-pectorale, celle de Sims, l'emploi de la sonde, ne changent pas la situation. La réduction au moyen de l'hystéromètre par le procédé classique échoue, parce que le fond de l'utérus est projeté dans une direction défavorable. Il empêche les organes contenus dans l'abdomen de venir se substituer, dans l'espace de Douglas, au fond de la matrice que l'on veut déplacer.

En forçant le mouvement, on crée un véritable vide analogue à celui produit par le doigt qui sort avec force d'un dé à coudre.

En effet, la méthode classique du redressement par la sonde consiste : 1° à introduire la sonde dans l'utérus avec le bec tourné

en arrière ; 2° à faire décrire au manche une demi-circonférence autour d'un axe représenté par le prolongement en arrière du bec de la sonde ; et, enfin, 3° à abaisser le manche de la sonde.

Dans ce dernier mouvement le bout de la sonde appuie fortement contre le fond de l'utérus qu'il peut perforer, cet accident est arrivé quelquefois. De plus, le fond de l'utérus presse contre le rectum et ne permet pas à l'intestin de descendre dans l'espace de Douglas.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai, depuis longtemps, modifié le troisième temps de la manœuvre du redressement, ce qui m'a permis de redresser facilement des utérus que j'avais cru tout d'abord adhérents, et chez lesquels des adhérences avaient été diagnostiquées antérieurement par d'autres confrères.

Voici quel est notre procédé :

Les deux premiers temps, introduction et rotation de la sonde, restent les mêmes ; mais au troisième, au lieu d'abaisser le manche, nous pressons sur la sonde d'arrière en avant et de bas en haut, de façon à agir sur l'utérus comme avec un levier ou un crochet. Nous pressons sur toute la face antérieure de la cavité utérine, non plus avec la pointe de la sonde, mais avec toute la partie qui a pénétré dans l'organe, puis nous élevons et attirons l'utérus en avant et en haut, sans chercher d'abord à le redresser. Nous éloignons ainsi le fond de l'utérus du rectum, nous ouvrons par en haut l'espace de Douglas, et les intestins, poussés par la pression atmosphérique, s'y précipitent, le remplissent, et aident à attirer l'utérus en avant. Au moment où ces intestins pénètrent dans l'espace de Douglas, on a la sensation d'une résistance vaincue et l'abaissement du manche de la sonde achève le redressement de l'utérus, sans nécessiter l'emploi de la force et sans produire de douleurs vives. Ceci fait, nous retirons la sonde en poussant du doigt le col en arrière et en attirant le fond en avant à travers les parois abdominales.

La réduction est terminée.

Pour peu qu'il y ait quelque résistance à la traction en haut et en avant, au lieu de presser sur la sonde d'une façon continue, comme nous venons de le dire, nous faisons de petits mouvements de va et vient ou de scie, en haut, puis en avant. Ces mouvements font avancer l'utérus suivant un trajet en zig-zag, et permettent à l'intestin de mieux s'insinuer entre le fond de l'uté-

rus, le rectum et les ligaments sacro-utérins, jusque dans l'espace de Douglas.

La manœuvre se fait d'une main, et, pendant toute sa durée, l'indicateur de l'autre main, introduit dans le vagin, palpe le cul-de-sac postérieur, contrôle la position de la sonde dans l'utérus et avertit l'opérateur si celle-ci laisse l'utérus en arrière, sort en partie de l'organe et n'est plus en connexion qu'avec le canal cervical. Ce petit incident survient quelquefois dans cette manœuvre et indique que les tractions n'ont pas été faites dans une bonne direction.

La position de la malade, pendant la réduction, est ordinairement la position dorso-sacrée, mais on peut aussi utiliser la position genu-pectorale ou celle de Sims.

Les avantages de cette méthode de réduction sur la méthode classique sont :

1° Absence de danger de perforation de l'utérus ;

2° Possibilité de redressement dans quelques cas où la méthode classique est impuissante ;

3° Diagnostic précis de l'absence ou de la présence d'adhérences ;

4° Enfin, moindre douleur dans la réduction.

Pour maintenir la matrice dans une situation normale, après qu'on a ainsi corrigé sa déviation, M. le professeur Rapin propose un pessaire spécial, qu'il appelle pessaire combiné, qui prend son point d'appui, d'une part sur le vagin, d'autre part dans la cavité utérine. Il en a retiré, dit-il, de sérieux avantages. »

M. Schmeltz (de Nice) fait une communication sur le DRAINAGE DE L'UTÉRUS PAR LE CATGUT-CRIN dans certaines métrites peu intenses.

Ce drainage peut être effectué très avantageusement à l'aide d'un petit appareil que l'on construit de la façon suivante :

Des crins de Florence, d'une longueur de 15 à 20 centimètres, sont disposés en anse et en long. Avec les doigts désinfectés, on roule tout autour de ces crins du catgut de grosseur moyenne. On peut enserrer la base du faisceau ainsi formé dans un bout de fil métallique ; on comprime ensuite cette tige assez fortement. Des catguts-crins peuvent ainsi être formés d'une très faible épaisseur jusqu'au volume et la forme du doigt, suivant les besoins.

L'appareil est introduit dans l'utérus préalablement dilaté et maintenu avec de la gaze iodoformée ; il peut être gardé sans inconvénient huit à dix semaines. M. Schmeltz s'est bien trouvé de l'emploi de cette méthode dans les métrites puerpérales, catarrhales et blennorragiques ; dans les salpingites, les déviations utérines.

Ce drainage est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a un certain degré d'inflammation péri-utérine.

Il est bon d'ajouter que ce procédé de drainage n'appartient pas à notre confrère de Nice, depuis longtemps M. Chéron le préconise à Paris.

Ce procédé est analogue, mais non préférable à notre avis, au simple tubage par le drain vulgaire en caoutchouc rouge, que l'on peut fixer, d'après les conseils du docteur Schoull (de Troyes), à un anneau-pessaire de Dumontpallier.

M. Jullien s'est bien trouvé de l'icthyol dans le traitement de la blennorragie récente de la femme. Il se sert d'une tige rugueuse de cuivre sur laquelle est enroulé un peu d'ouate et qu'il trempe dans une solution au dixième d'icthyol dans la glycérine. La tige est introduite tous les jours dans l'urèthre, après miction, bien entendu. En même temps, le vagin est oblitéré par un tampon imprégné de la même substance. Si le col et l'endomètre sont atteints, il les traite de la même façon.

Par ce moyen, on obtient rapidement la guérison de la muqueuse uréthrale ; on empêche le gonocoque de cheminer du côté de l'utérus, et les cas de gonorrhée utérine peu intense ou prise au début sont heureusement modifiés.

Il va sans dire que soit pour l'urèthre, soit pour la matrice, ce moyen reste insuffisant dans les cas invétérés, lorsque le principe morbide est cantonné profondément dans les culs-de-sac glandulaires.

M. Schwimmer (de Budapest) emploie de préférence l'alumnol aussi bien chez l'homme que la femme.

L'alumnol est un astringent et un antiseptique qui ne se combine pas avec l'albumine, comme par exemple le nitrate d'argent, ce qui fait que ses qualités astringentes peuvent produire leur effet jusque dans la profondeur du tissu conjonctif.

Le chirurgien hongrois fait de nombreuses expériences dans des cas de blennorragie aiguë chez l'homme avec des solutions

aqueuses variant entre 0,5 et 5 p. 100, appliquées soit en injections, soit sous forme d'irrigations uréthrales, soit en instillations à l'aide de la sonde de Guyon ou de la sonde d'Ultzmann. Les résultats ont été bons. Dans les cas aigus, l'alumnol produit facilement une certaine irritation : dans les cas chroniques il est mieux supporté, mais M. Schwimmer n'a pas trouvé que la durée du traitement fût moins longue qu'avec d'autres médicaments.

Dans la blennorragie de la femme, les résultats sont excellents lorsqu'il s'agit de cas chroniques ou subaigus : les malades de cette catégorie traitées à sa clinique ont toutes guéri dans un espace de temps variant entre deux semaines et deux mois. L'application du médicament était faite sous forme de lavages vaginaux pratiqués au moyen du spéculum ou à l'aide de tampons introduits dans le canal cervical.

La blennorragie était d'ailleurs à l'ordre du jour du Congrès et le docteur Toulon (de Wiesbaden) a lu sur les RAPPORTS DU GONOCOQUE ET DU PROCESSUS BLENNORRAGIQUE un long rapport dont voici les principaux passages :

« Le gonocoque, dit-il, est l'agent initial de la blennorragie. Le diagnostic de blennorragie est rendu certain par la présence du gonocoque constaté à l'examen microscopique ; ce dernier doit être fréquemment renouvelé durant le cours de l'affection ; il nous permet alors de nous former un jugement sur la phase présente de l'affection et sur les règles thérapeutiques à suivre. Avant de nier la présence du gonocoque dans les cas où un premier examen est demeuré négatif, il est nécessaire de répéter souvent ledit examen et cela, au besoin, après avoir provoqué une certaine irritation des parties intéressées : de cette manière, on finit souvent pas trouver le gonocoque dans nombre de cas, surtout dans les cas invétérés, où sa présence n'avait pu être constatée tout d'abord.

Il arrive parfois que, pour fixer sûrement le diagnostic, on est obligé d'avoir recours au procédé de culture de Wertheim : ce procédé est particulièrement indiqué dans les cas où l'examen microscopique ne nous montre que des « formes d'évolution » douteuses du gonocoque, comme c'est le cas, par exemple, dans

des collections purulentes circonscrites et anciennes (articulations, trompes).

Toutes les variétés d'épithéliums peuvent servir de terrain d'invasion et de développement au gonocoque ; un épiderme corné intact paraît être réfractaire à l'infection. Le tissu conjonctif également, aussi bien celui qui est recouvert d'un épithélium que celui qui supporte un endothélium (membranes séreuses et synoviales), peut être le siège d'une invasion de gonocoques ; la diffusion de ces derniers se fait par la voie des espaces lymphatiques.

Les causes prédisposant à l'invasion et à la multiplication du gonocoque sont :

1° La vascularisation, la richesse en sucs et la mollesse des tissus, ainsi que l'existence d'espaces lymphatiques et inter-cellulaires de grande dimension ;

2° Des conditions chimiques encore inconnues.

Ces causes elles-mêmes peuvent être congénitales, ou bien elles peuvent dépendre de l'âge de l'individu ou encore d'autres affections antérieures (d'origine traumatique, chimique ou bactérienne).

Dans les cas d'infection ordinaire provenant du dehors, le processus blennorragique est avant tout une affection épithéliale accompagnée d'une inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent.

Les principaux résultats du processus blennorragique dans un tissu sont : la prolifération du gonocoque dans les espaces intercellulaires, la turgescence des cellules épithéliales, l'invasion des espaces intercellulaires par des globules de pus, la destruction et l'élimination des cellules épithéliales ; à côté de cela, on observe une infiltration cellulaire du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif peut, dans certains cas, être mis complètement à nu par la destruction de son revêtement épithélial ; d'après Dinkler, il peut aussi se produire de la nécrose et des thromboses.

Lorsque le processus morbide est superficiel et de courte durée, la guérison a pour résultat une restitution *ad integrum* ; lorsque son siège est plus profond et qu'il dure longtemps, l'affection se termine par une rétraction cicatricielle du tissu conjonctif : les tissus conjonctifs recouverts d'un endothélium présentent une grande tendance à la production d'adhérences entre surfaces qui se touchent.

Le gonocoque peut donner lieu à une dégénérescence ou à une prolifération de l'épithélium : cet épithélium hyperplastique donne facilement naissance à des érosions par suite d'une macération des éléments épithéliaux et d'une dénudation du tissu conjonctif sous-jacent.

Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi entrer en prolifération sous l'influence d'une invasion de gonocoques.

Les affections que nous voyons se produire en divers points éloignés du corps consécutivement à une blennorrhée primitive peuvent toutes, au point de vue théorique, être considérées comme étant causées par le gonocoque lui-même ou par ses toxines (métastases à gonocoques) ; il en est de même des affections d'organes avoisinant le siège primitif de la blennorrée, lesquels sont infectés par continuité.

Les leucocytes ne se comportent pas comme des phagocytes vis-à-vis du gonocoque ; ils ne servent qu'à transporter ce dernier soit hors de l'organisme, soit aussi dans diverses parties du corps qui n'étaient pas encore atteintes. Les gonocoques se reproduisent et se multiplient aussi bien dans les leucocytes que dans les espaces lymphatiques et intercellulaires.

Des formes mixtes d'infection peuvent aussi se rencontrer dans la blennorrée ; les cas de suppuration profonde (nécrose) du tissu conjonctif sont probablement dus à une infection secondaire par des microbes du pus : en revanche, les suppurations superficielles du tissu conjonctif dépourvu de son revêtement épithélial peuvent être produites par le gonocoque seul, surtout dans les régions cavitaires. En tout cas, la destruction des tissus produite par le gonocoque est bien moins intense et moins rapide que celle qui est déterminée par d'autres agents de la suppuration.

M. Neisser (de Breslau) insiste sur l'importance du gonocoque, au point de vue du diagnostic. On sait que c'est ce professeur qui a le premier décrit et cultivé ce microcoque, que l'on désigne habituellement sous le nom de gonocoque de Neisser.

Nous ne pouvons cependant pas laisser ignorer que la spécificité de ce gonocoque est loin d'être admise par tous les microbiologistes ; aussi nous rangeons-nous à l'avis du docteur Brose (de Berlin), lorsqu'il dit qu'il faut donner plus d'importance aux symptômes cliniques de l'affection qu'à la constatation du gonocoque.

Il était à prévoir que la VALEUR COMPARATIVE DES INTERVENTIONS FAITES PAR LA VOIE VAGINALE OU PAR LA VOIE ABDOMINALE serait à nouveau discutée au Congrès de Rome.

En France, à l'heure actuelle, les chirurgiens sont éclectiques et cherchent des indications. Le docteur Jacobs (de Bruxelles), d'après l'examen des suites éloignées de ses opérations personnelles, se déclare nettement partisan de la voie vaginale. Son opinion est sans aucun doute trop exclusive, l'auteur l'établit par la discussion suivante :

« J'ai opéré par la castration vaginale totale 184 cas d' « annexites » bilatérales purulentes ou chroniques avec ou sans complications voisines. Sur ces 184 cas, j'ai eu 179 guérisons opératoires et 5 décès : la mortalité était donc de 2,71 p. 100.

Cette mortalité prouve que le danger opératoire n'est pas plus grand dans la castration vaginale que dans l'intervention abdominale, il est même moindre.

Si nous réunissons les statistiques de MM. Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chrobak, Zweifel, Martin, Jacobs, Lawson-Tait, Dubois et Gallet, nous obtenons 1540 cas d'opérations par la voie abdominale, avec une mortalité de 5,7 p. 100, alors que les interventions par la voie vaginale, provenant des statistiques de MM. Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs, nous donnent une mortalité de 4,49 p. 100 pour 690 cas.

Il faut noter, d'autre part, que la castration vaginale était réservée, au début, aux cas qui étaient inopérables par la voie abdominale ; or, les succès obtenus dans ces conditions, ajoutés aux résultats constamment heureux obtenus dans des circonstances moins graves, nous donnent cette conviction que « l'on a tout avantage à pratiquer la castration interne et l'ablation annexielle dans les cas où le chirurgien est conduit à faire l'ovario-salpingectomie bilatérale ».

J'ai pu suivre, pendant quatre ans environ, 90 des malades que j'avais opérées par la voie vaginale. Sur ce nombre, 6 se plaignent d'adhérences vésicales douloureuses, 1 est devenue démente huit mois après l'opération, 1 est restée atteinte de fistule intestino-vaginale, 2 ont des douleurs pelviennes intermittentes très intenses ; les 88 autres ont retrouvé leur état de santé antérieur, après avoir éprouvé seulement durant les premiers temps

des transpirations abondantes et des bouffées de chaleur qui ont cédé rapidement à l'hydrothérapie.

Une série de malades opérées soit pour affection interne chronique, soit pour hémato-salpinx, soit pour tumeurs utérines avec annexite bilatérale, suivies pendant plus d'un an, n'ont présenté, pour la plupart, aucune complication.

J'ai pratiqué, d'autre part, 189 opérations par la voie abdominale pour 120 annexites bilatérales et 69 annexites unilatérales (pyo-salpingites, hémato-salpingites, affections ovariennes bilatérales, etc.).

Sur ces 189 opérations, j'ai eu 6 décès qui se répartissent ainsi: 5 pour annexite bilatérale, 1 pour annexite unilatérale ; la mortalité qui a été aussi de 3,17 p. 100, a donc été plus grande que dans les opérations par la voie vaginale.

J'ajoute que les accidents tardifs, tels qu'affections utérines ou péri-utérines, paramétrites douloureuses et rebelles, ont été nombreux.

Dans 21 opérations pour annexites bilatérales, les pertes blanches ont été très abondantes, la menstruation a persisté, très douloureuse. Les affections ovariennes unilatérales donnent, il est vrai, de meilleurs résultats. Cependant la dégénérescence micro-kystique se reproduit souvent du côté antérieurement respecté. La voie abdominale m'a donc fourni des succès opératoires se rapprochant sensiblement des résultats obtenus par la castration totale. Aussi n'est-ce que par l'observation des suites tardives de ces opérations que j'ai pu me convaincre des excellents effets de la castration totale dans les cas où les annexes doivent être enlevées. Si dans ces conditions, en effet, l'utérus est conservé, il est souvent la cause de complications graves, contre lesquelles les opérations palliatives sont dans la suite le plus souvent insuffisantes. Il faut noter, d'autre part, qu'on laisse de cette façon en place des portions tubaires malades qui deviennent aussi la cause de complications graves, contre lesquelles les opérations palliatives sont dans la suite le plus souvent insuffisantes. Il faut noter, d'autre part, qu'on laisse de cette façon en place des portions tubaires malades qui deviennent aussi la cause de récidives.

On a reproché à la castration son caractère fatal ; c'est ainsi qu'on a dit que cette opération devait être forcément conduite

jusqu'à la fin. A mon avis, ce reproche n'est pas exact. Si l'on a soin de commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et de faire aussitôt l'exploration des annexes au moyen du doigt, on peut s'assurer de leur état. Dans le cas où l'altération est bilatérale, la castration doit être totale ; lorsqu'une seule annexe est prise, on peut très bien pratiquer une ovario-salpingectomie unilatérale par la voie vaginale. Dans treize cas, j'ai pu empêcher ce procédé sans insuccès opératoires.

Je crois donc pouvoir affirmer que, dans les altérations annexielles unilatérales, la castration totale par le vagin est préférable à la salpingectomie bilatérale par l'abdomen. »

Le traitement du pédicule après l'extirpation des myomes utérins ne pouvait pas laisser indifférents les membres du congrès : aussi, y a-t-il eu à ce sujet d'intéressantes communications. L'une des plus importantes est due à M. Péan, nous la donnerons plus tard, avec détail, à cause de la juste autorité qui s'attache aux travaux de ce chirurgien, sur ce point de la chirurgie gynécologique. (*Voir plus haut.*)

Les autres documents sont fournis par les deux rapporteurs : MM. Mangiagalli (de Milan) et Martin (de Berlin). Voici les conclusions du premier de ces chirurgiens :

« Les statistiques comprenant la pratique de plusieurs chirurgiens ne peuvent pas fournir de résultats bien concluants, soit en raison de l'hétérogénéité des matériaux dont elles sont formées, soit en raison des causes d'erreur résultant nécessairement de la réunion de cas appartenant à des opérateurs qui n'ont que rarement l'occasion d'intervenir et de ceux qui proviennent au contraire de chirurgiens ayant une très grande expérience.

Il en est de même pour nombre de cas suivis de mort et non compris dans les statistiques, car les opérateurs ne les ont pas publiés.

Les statistiques individuelles ont une plus grande valeur ; mais presque toujours l'analyse de chaque cas est trop incomplète pour être probante.

L'étude des statistiques démontre que la mortalité est allée chaque année en diminuant, quels que soient les méthodes et les procédés employés.

L'importance du traitement du pédicule dans l'hystéro-myo-

mectomie a été exagérée, car le pédicule ne constitue pas le seul danger, ni peut-être le plus grand.

D'autres conditions générales et locales méritent une plus grande attention. Parmi celles-ci, on peut placer au premier rang le développement intraligamentaire de la tumeur, car ce fait rend le pronostic d'autant plus grave que la tumeur est plus volumineuse.

En étudiant les résultats de chaque méthode, il est donc nécessaire de considérer à part les fibromes à développement intraligamentaire, car le pronostic est bien plus grave dans ces cas que lorsqu'il s'agit de fibromes sous-séreux, sous-muqueux ou interstitiels.

Pour ces dernières variétés, la mortalité donne une moyenne de 5 p. 100, qu'on emploie la méthode externe ou le traitement intra-abdominal.

La méthode de traitement externe, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne doit pas être préférée au traitement intra-péritonéal. Celui-ci, en effet, fournit aussi une moyenne de mortalité très faible, et il n'a pas les défauts de la méthode extra-péritonéale.

Le procédé de Zweifel mérite en général d'être préféré à tous les autres, car il a l'avantage d'être le plus simple et le plus rapide; cependant, la ligature élastique permanente présente aussi des avantages, pourvu que l'on ait soin de recouvrir le pédicule avec des lambeaux de péritoine.

Les fibromes à développement intra-ligamentaire donnent une mortalité très grande. Pour ces néoplasmes, il est difficile de dire dès maintenant quel est le meilleur mode d'extirpation ; toutefois, l'extirpation par la voie abdominale paraît la plus avantageuse.

L'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins constitue certainement une conquête précieuse de la gynécologie, et le morcellement et la forcipressure ont considérablement élargi les limites de ses indications.

Cependant, comme elle ne peut pas être employée dans tous les cas, on ne saurait la comparer aux opérations auxquelles on a généralement recours et qui offrent moins de dangers.

Cette opération peut cependant remplacer avec avantage la castration dans les cas où on la pratique actuellement ; d'une

manière générale, elle peut donner de très bons résultats lorsque le volume de l'utérus fibromateux ne dépasse pas celui d'un utérus au quatrième mois de la grossesse. »

M. Martin rend à Péan l'honneur qui lui est dû, il reconnait que c'est grâce à la méthode du chirurgien français que la myomectomie a fait des progrès en Allemagne. Pour sa part il préfère actuellement l'extirpation totale de l'utérus à l'amputation supra-vaginale, avec pédicule intra ou extra-péritonéal.

« J'ai commencé par la pratiquer par la voie abdominale, en laissant un drain dans la cavité abdominale, que je refermais ensuite ; ultérieurement, j'ai même abandonné le drainage et j'ai fini par faire l'occlusion complète de la cavité péritonéale. La mortalité est descendue de 30,23 à 9,25 p. 100.

Après les expériences de Vitte j'ai fait encore un pas en avant en fermant le col avant de commencer l'opération, et en ayant soin de faire le curetage et l'antisepsie de la cavité.

Aujourd'hui, voici comment je procède ; *a.* curetage et antisepsie de la cavité utérine et du vagin ; *b.* cœliotomie ; *c.* soulèvement de la tumeur avec l'utérus et les annexes ; *d.* ligature et section des ligaments larges et des ligaments ronds jusqu'au col ; *e.* ouverture du cul-de-sac postérieur ; *f.* suture du bord vagino-péritonéal ; *g.* excision tout autour du col et achèvement de la suture ; *h.* passage des fils de suture dans le vagin et occlusion du péritoine.

Je ne distends plus la vessie par du liquide pendant l'opération.

J'ai appliqué mon procédé 26 fois et j'ai obtenu 25 guérisons.

Sans vouloir formuler des conclusions définitives, je ferai remarquer que :

1° Dans une première série de 43 opérations avec drainage, j'ai eu 30 guérisons, soit une mortalité de 30,23 p. 100 ;

2° Dans une deuxième série, j'ai eu 49 guérisons sur 54 cas, soit une moyenne de décès de 9,25 p. 100 ;

3° Enfin, dans une dernière série, où j'avais eu recours à la fermeture préventive du col et à l'occlusion du péritoine, 26 cas m'ont donné 25 guérisons, soit une mortalité de 3,84 p. 100.

Le professeur Landau (de Berlin) est arrivé à la méthode de Péan comme méthode de choix. Il résume ainsi sa pratique :

1° Il pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement dans les cas de tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic.

2° Si la tumeur dépasse l'ombilic, il en fait l'énucléation rapide par la voie abdominale, puis pratique l'hystérectomie et extirpe le moignon par la voie vaginale.

3° Il importe de ne pas fermer complètement la cavité péritonéale par des sutures vaginales.

Les docteurs Calderini (de Parme), Bantock (de Londres), restent partisans du traitement externe du pédicule, d'autres chirurgiens préfèrent la réduction du pédicule. En résumé, et c'est là l'avis du professeur Mangiagalli et le nôtre, toutes les méthodes proposées donnent de bons résultats et il est impossible d'avoir un procédé unique de traitement.

(*Gaz. des Hôpitaux*).

REVUE DE LA PRESSE

PREMIER CAS D'OVARIOSALPINGECTOMIE VAGINALE EXÉCUTÉE PAR M. LE PROFESSEUR RUGGI, CHIRURGIEN EN CHEF DU GRAND HOPITAL DE BOLOGNE, AVEC L'EXTRACTION AU PRÉALABLE DE L'UTÉRUS, REPLACÉ ENSUITE A SON SIÈGE NORMAL. — NOTE CLINIQUE DU DOCTEUR MUZIO PAZZI.

In : *La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologio*, n° 1.

Que de chemin parcouru depuis vingt ans dans le traitement des affections utérines et annexielles ! Celui qui voudra plus tard en écrire l'histoire aura fort à faire, et c'est merveille aujourd'hui de voir ce que peuvent en ces régions l'asepsie et la technique opératoire. Cette fois, il s'agit d'une véritable nouveauté, dont je suis bien aise d'entretenir nos lecteurs.

La nommée Giorgi (A.), âgée de 28 ans, ne présente rien de bien spécial dans son passé pathologique, jusqu'à sa première grossesse, survenue à 26 ans, et qui se termina par le forceps, l'utérus étant frappé d'inertie complète. Quatorze mois après, cette femme présente de grandes douleurs localisées dans la région de l'ovaire gauche, qui cessent momentanément sous l'influence de suppositoires à l'ichtyol, à l'iodoforme, etc. Enfin, de nouvelles névralgies lomboabdominales étant devenues intolérables, la malade entre à l'hôpital.

M. le professeur Ruggi constate, à l'examen, une ovarite représen-

tée par une tumeur des plus sensibles, du volume d'une noix, que ce distingué maître propose d'enlever.

Il exécuta, pour ce cas, l'ovariosalpingectomie gauche, ayant trouvé qu'il s'agissait d'une ovarite kystique compliquée d'un kyste parovarien. Le kyste de l'ovaire se rompt au moment où cet organe est luxé, et à ce moment même le kyste parovarien, gros comme une amande, est rendu évident par l'examen des parties enlevées de la trompe.

L'utérus avait été amené au dehors ; il est ensuite remis et maintenu à sa place ; tel est le procédé nouveau de M. le professeur Ruggi.

Examinons les cinq temps de cette opération :

1° Chloroformisation. Position dorso-sacrée, jambes écartées et fléchies ; application du spéculum irrigateur de Fritch ; l'utérus attiré à l'orifice vulvaire par les pinces de Ruggi.

2° Décollement du corps de l'utérus de la vessie et du rectum, ligature latérale d'après la méthode de Ruggi et ouverture des culs-de-sac.

3° Extraction de l'utérus ; luxation de l'ovaire malade et de la trompe ; ligature des pédicules ; ablation des annexes du côté gauche.

4° Remise en place de l'utérus ; amputation de la portion intra-vaginale du col et fixation de l'utérus par la fermeture des culs-de-sac.

5° Pansement par le tamponnement iodoformé.

Deux jours après, premier pansement, puis ensuite tous les trois ou quatre jours. Température normale, disparition complète des douleurs. Vingt-deux jours après les règles reviennent. Un dernier examen des organes, avant la sortie de la malade de l'hôpital, montre l'utérus en position normale avec son aspect ordinaire. Tel est cet étrange et nouveau procédé, sur lequel nous aurons à revenir, et dont l'originalité ne manquera pas de frapper tous les gynécologistes.

LA VULVO-VAGINITE CHEZ LES PETITES FILLES.

M. Simon, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, étudie les vulvo-vaginites des petites filles au point de vue clinique et médico-légal.

Il existe, d'après l'auteur, différentes classes de vulvo-vaginites parfaitement distinctes les unes des autres par leur origine, sinon par

leurs caractères symptomatiques, et dont un certain nombre sont nées incontestablement en dehors de l'infection gonorrhéique. Après avoir éliminé le phlegmon de la vulve, certaines localisations d'affections générales, telle que l'impétigo, l'herpès, les syphilides, les vulvites aphteuses, etc., il reste, dans une première série de cas, *la vulvite dite spontanée*, survenant sans cause appréciable et plus fréquemment sous l'influence de l'irritation locale par malpropreté, par présence d'oxyures ; mais le tempérament, les mauvaises conditions hygiéniques jouent ici un grand rôle. D'autres faits résultent d'une contamination extérieure, ce qui explique les petites épidémies de familles ; dans une observation de l'auteur, la petite fille se servait pour sa toilette intime de la même éponge que sa mère, atteinte d'un écoulement vaginal ancien.

Le deuxième groupe de vulvites comprend les *vulvites traumatiques*, plus ou moins intenses, succédant parfois très rapidement à un attentat quand la violence a été considérable.

Le diagnostic différentiel entre ces deux ordres de faits est très difficile : la présence de traces de violence seule peut constituer une probabilité en faveur d'un attentat ; il faut toujours vérifier si le linge porté par l'enfant avant l'attentat, ne présente pas de traces d'un écoulement antérieur. MM. Brouardel et Motet ont démontré la faible utilité, au point de vue du diagnostic, des allégations de l'enfant.

Restent les vulvo-vaginites blennorragiques, dont le diagnostic non moins complexe, est basé sur l'intervalle du temps entre le coït impur et l'apparition de la maladie ; sur l'intensité de l'inflammation et l'abondance de l'écoulement, la participation de l'urètre ; sur l'examen bactériologique ; mais tous ces signes sont fort contigents.

En somme, le diagnostic différentiel des diverses vulvites est un problème toujours difficile, sinon souvent insoluble.

(*Rev. méd. de l'Est*, janvier 1894.)

FÉCONDATION PENDANT LA PÉRIODE PUERPÉRALE.

M. Kroenig a communiqué à la *Société d'accouchements de Leipzig* un cas curieux de fécondation. Une femme de 22 ans accouchait le 4 juillet 1892 pour la seconde fois ; quatre jours après, c'est-à-dire le 8 juillet, elle eut des rapports sexuels, rapports qu'elle ne renouvela pas pendant les trois mois suivants. Elle ne revit pas ses

règles et se trouva enceinte. Elle sentit, en novembre 1892, les premiers mouvements du fœtus et accoucha le 10 mars 1893, c'est-à-dire deux cent cent quarante-trois jours après le coït, d'un enfant bien développé pesant 3.550 grammes.

Non seulement le développement de l'enfant était bien complet pour une grossesse aussi courte, mais encore l'époque de la conception est tout à fait surprenante. On admet, en général, que l'ovulation cesse pendant la grossesse et ne recommence que vers l'époque des premières règles ; c'est-à-dire au bout de six à huit semaines. Si l'ovulation ne s'est faite en réalité qu'après ce délai, il faut admettre que les spermatozoïdes se sont conservés dans l'organisme de la mère avec leurs propriétés pendant un temps bien long.

D'autre part il est difficile de s'expliquer comment une caduque, qui n'avait pas encore eu le temps de se renouveler, a pu fixer et englober un ovule. Ce fait montre que : 1° en deux cent quarante-trois jours, comptés à partir du coït, il est possible à un fœtus d'atteindre un développement complet ; 2° que le fonctionnement des ovaires ne se suspend pas complètement pendant la grossesse ; 3° que les lochies n'empêchent pas la vitalité des spermatozoïdes ; 4° que l'ovulation et la menstruation sont indépendantes ; 5° que, chez une femme robuste, la régénération de la muqueuse utérine est extrêmement rapide.

(*France médicale*, 1894.)

TRAITEMENT DE LA VULVITE INFANTILE.

(Combe).

Si l'on veut prévenir l'apparition de la vulvite et de la vulvo-vaginite des petites filles, il faut accepter la notion de contagiosité de la maladie pour la généralité des cas.

On évitera alors tout contact suspect; aux femmes qui ont des flueurs blanches ou des écoulements de quelque nature que ce soit, on dira que ces écoulements peuvent se transmettre à leurs filles, soit par la communauté du lit, soit par celle des objets de toilette intime (éponges, linge, etc.).

On leur conseillera de se traiter et de se guérir de ces écoulements ; les injections vaginales pendant les dernières semaines de la grossesse servent de prophylaxie à l'ophtalmie des nouveau-nés ; de même les injections vaginales de la mère, atteinte de flueurs blanches, préviendra la vulvite des petites filles.

On éclairera les familles sur la possibilité de la transmission d'une ophtalmie à la vulve et d'une vulvite aux yeux, et l'on fera tout pour éviter le transfert du pus d'un organe à l'autre.

Dans les pensions de jeunes filles, dans les hôpitaux, dans les stations thermales, on interdira l'usage des piscines communes aux petites filles, à moins d'être sûr qu'aucune d'entre elles n'est atteinte de vulvite. Et encore serait-il plus prudent de réserver à chacune sa baignoire, comme nous le faisons au Dispensaire de la Société philanthropique, où nous avons toujours refusé de nous servir de la piscine, que nous avons supprimée et remplacée par des baignoires.

Après qu'une enfant, atteinte de la vulvite, aura pris un bain, il faudra nettoyer avec soin la baignoire à l'eau bouillante pour tuer les germes de la vulvite.

J'ai pour habitude de donner les bains à toutes les fillettes atteintes de vulvo-vaginite qui viennent au Dispensaire, et, grâce à ces mesures, la propagation du mal a toujours été évitée.

Il serait prudent également de ne pas livrer à la blanchisseuse les linges souillés de pus avant de les avoir plongés dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1,000.

Une fillette atteinte de vulvite doit-elle être exclue de l'école ?

Oui, si la maladie est aiguë, s'il y a des démangeaisons, si l'enfant porte incessamment les doigts aux parties génitales, car elle peut alors communiquer des vulvites et des ophtalmies à ses camarades, en jouant avec elles.

Le traitement varie suivant les cas, mais toujours il doit être antiseptique :

S'il n'y a que de la vulvite, il suffit de faire, deux ou trois fois par jour, des lotions avec une décotion de feuilles de noyer suivies d'une pulvérisation de salol entre les lèvres avec application d'ouate hydrophile maintenue par un bandage.

Je donne en même temps trois bains sulfureux par semaine.

Les lotions avec le sublimé à 1/2 000, avec le chlorate de potasse à 5 %, m'ont rendu quelques services.

Si la vulvite est accompagnée de vaginite, il faut faire pénétrer les topiques dans le vagin, pour avoir une guérison prompte et complète.

On peut, à l'exemple de R. Pott, introduire des crayons modificateurs par l'orifice de l'hymen. Ces crayons contiendront de l'iodoforme ou du salol ; c'est à ce dernier médicament que je donne la préférence.

Je me sers habituellement de petits crayons ou bougies, de 2 à 3 millimètres de diamètre, contenant 10 centigrammes de salol par gramme de beurre de cacao. (*Bull. de Thérap.*)

INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

M. G. Vanhersecke, de Zegers-Cappel (Nord), vient d'observer un cas curieux de dystocie dû à une insertion du placenta sur le pourtour du col utérin.

Voici comment notre confrère résume l'histoire de ce cas :

« Le 12 décembre 1893 j'étais appelé auprès de Mme X., âgée de 36 ans, enceinte pour la sixième fois. La grossesse remontait à huit mois et demi. Les accouchements antérieurs avaient été normaux. Je me trouvais en présence d'une hémorrhagie utérine extrêmement abondante. Je constatais au palper une présentation du sommet ; au toucher, je trouvais le col entr'ouvert capable de laisser passer trois doigts de la main réunis en cône, puis je tombais sur une masse friable, et en aucun point je ne saisissais aucune partie fœtale.

Le travail n'étant pas commencé, je fis de suite un tamponnement antiseptique et j'obturais séance tenante l'orifice du col en y introduisant directement le premier tampon ; soit effet du traitement, soit effet du hasard, l'hémorrhagie s'arrêta. Quarante-huit heures après, j'enlevais les tampons. L'état du col utérin ne s'était guère modifié. Désirant connaître les limites de la masse friable que j'avais touchée à mon premier examen, je ne tardais pas à trouver qu'elle s'insérait sur l'utérus, tout au pourtour du col, laissant libre une surface intra-utérine grande comme la paume de la main. Cette masse constituait, à n'en pas douter, le placenta.

Le 23 décembre 1893, vers cinq du soir, le travail commençait ; j'étais appelé immédiatement, car à chaque contraction utérine correspondait une ondée sanguine. J'essayai de nouveau le tamponnement, mais par suite des contractions répétées l'hémorrhagie ne s'arrêta pas. Le col ne se modifiait pas sensiblement. Vers neuf heures, en présence de l'état d'anémie aiguë de la parturiente, je résolus d'intervenir. Cœur fœtal : 100 pulsations.

J'introduisis la main droite, préalablement aseptisée, dans le vagin, et réunissant les doigts en cône, je dilatai mécaniquement l'orifice utérin.

Peu à peu, tandis que la main franchissait le col utérin, l'extrémité des doigts frayait le passage au travers du placenta. Arrivé dans la cavité amniotique, je saisissais le pied gauche du fœtus et je terminais l'accouchement par la version podalique. L'enfant était mort. Le placenta avait été traversé dans sa partie la plus épaisse à un centimètre de l'insertion du cordon ombilical.

Les suites des couches furent à peu près normales. »

(*Le Bull. méd.*)

STATISTIQUE CLINIQUE DES SALPINGO-OOPHORECTOMIES.

Après une expérience prolongée de cette opération, M. Arendt donne les résultats de sa pratique personnelle et les compare avec les résultats obtenus par d'autres observateurs.

Il a pratiqué cette opération vingt-sept fois et obtenu vingt-sept succès. Ces succès s'expliquent dit-il, par le soin qu'il a mis pour intervenir, chaque fois que l'opération paraissait non seulement possible, mais nécessaire.

Le procédé opératoire consistait à limiter l'étendue de l'incision, à combattre les hémorragies par le tamponnement, à éviter le drainage par le vagin ou le rectum, à suturer par la méthode de Schrœder et à panser avec l'iodoforme. Après l'opération, M. Arendt, évite l'administration de l'opium, de la morphine et de la glace, conseille, dès le lendemain, l'ingestion par petites doses, de l'eau de Sedlitz et d'ordinaire prévient, par cette méthode, tout danger de complications.

Quant aux objections usuelles dont elle est l'objet, M. Arendt ne s'y arrête guère. On parle de stérilité, mais celle-ci est tout aussi bien le fait de la maladie que celui de l'opération. Il en est de même pour l'aménorrhée post-opératoire; contre les exsudats torpides, on dispose du massage, et quant à la diminution de la sensibilité générale, c'est une question encore à l'étude. Bref, s'il a pour règle de conduite de ne point intervenir en l'absence de nécessité absolue, il conseille cependant l'opération, la considère comme médiocrement redoutable et appuie cette opinion sur les statistiques, fort connues d'ailleurs, où ses collègues obtinrent l'un 1 mort sur 240 opérés, l'autre 6 décès sur 246 et un troisième, 15 morts sur 123.

Il faut donc voir dans le travail de M. Arendt un chaleureux plaidoyer en faveur de la salpingo-oophorectomie. Ces considérations se-

raient en effet de nature à décider les plus hésitants, si elles étaient universellement adoptées. Mais après comme avant elles, il ne semble point que le débat clinique doit être clos.

(*Rev. gén. de clinique et thérap.*)

SALPINGITE BLENNORRHAGIQUE.

M. CHAPUT rapporte l'histoire d'une jeune fille de dix-sept ans, pour laquelle il a dû intervenir à l'hôpital Cochin, appelé comme chirurgien de garde. Cette jeune fille présentait tous les symptômes de péritonite violente sans que l'examen, soit de la région cœcale, soit des culs-de-sac vaginaux et de chaque organe de l'abdomen pris à part pût en révéler la cause. La laparotomie exploratrice décela un épanchement purulent limité au petit bassin. La rougeur, l'injection du pavillon attirèrent l'attention dn côté des trompes utérines. L'une d'elles parut distendue et fluctuante. En effet, la pression fit sourdre du pus à son orifice péritonéal. Il s'agit vraisemblablement de blennorragie utérine propagée à la trompe et ayant déterminé de la péritonite. (*Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

Un chercheur s'est amusé à colliger quelques pensées sur le mariage : nous les dédions aux célibataires endurcis.

Pour un Orphée qui fut chercher sa femme dans l'enfer, combien de veufs, hélas ? qui n'iraient pas même en paradis, s'ils pensaient y retrouver la leur (J. Petit-Senn). — C'est à bon droit que l'île d'Ithaque est restée célèbre : une femme y fut fidèle (Stahl). — « Marié, lui ! fait dire Antiphanes à l'un de ses personnages. Moi, qui l'avais laissé si bien portant ». — En France, les maris ne parlent presque jamais de leurs femmes ; c'est qu'ils ont peur d'en parler devant les gens qui les connaissent mieux qu'eux (Montesquieu). — Pour rendre un mariage heureux, il faudrait que le mari fût sourd et la femme aveugle (Alphonse d'Aragon). — Pythagore, ayant donné sa fille en mariage à l'un de ses plus grands ennemis, en rendit une étrange raison à ceux qui en demandaient la cause : « Je ne pensais pas, dit-il, lui faire davantage de mal, ni lui donner rien de pire qu'une femme « (Le P. du Bosc). — Après la lune de miel, le mariage fait l'effet

d'une tartine de confitures dont on a mangé le dessus (A. Ricard). — Qu'un homme d'esprit ait des doutes sur sa maîtresse, cela se conçoit: mais sur sa femme !... il faut être par trop bête (Montesquieu). — Le mariage n'est souvent qu'un échange de grognements réciproques durant le jour, et de ronflements pendant la nuit. C'est de l'ennui à deux (Commerson). — Comme toute médaille, tout mariage a deux faces : la face que l'on montre au public, face brillante, et la face que les intéressés seuls peuvent apercevoir, face grimaçante et sombre (Robert Grey). — Une femme donne à son mari deux jours de bonheur : celui où il l'épouse, et celui où il l'enterre (Hipponax). — L'oranger est le symbole ironique du mariage ; les fleurs en sont blanches, mais les fruits en sont jaunes.

BIBLIOGRAPHIE

VIENNENT DE PARAITRE :

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

A. — **Formulaire de thérapeutique infantile,** par le Docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le D[r] G. Variot, médecin des hôpitaux. In-18 de 650 pages. Prix : 6 fr.

En offrant au public médical ce Formulaire, le D[r] Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains de tout praticien un guide précis et sûr de thérapeutique infantile.

Bien que les maladies de l'enfance ne constituent pas à proprement parler une spécialité, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, eût-il même fait un stage dans un hôpital d'enfants, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge.

Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le D[r] Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie.

Dans le champ chaque jour grandissant de la thérapeutique, il a judicieusement choisi les médications ayant fait leurs preuves entre les mains des hommes les plus autorisés. Il s'est également efforcé de citer de préférence les formules les plus simples, qui souvent lui ont paru être les meilleures.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer.

En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la posologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres.

D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications.

Il a semblé au Dr Nogué qu'un Formulaire s'adressant au praticien ne pouvait laisser de côté certains points de chirurgie journalière ou d'urgence tels que le traitement des abcès, de la coxalgie, des fractures chez les enfants, la pratique des appareils plâtrés, du corset de Sayre, la thoracentèse, l'empyème, le tubage du larynx, la trachéotomie, etc.

C'est pourquoi il n'a pas hésité à faire à ces questions, bien que d'ordre chirurgical, une place en rapport avec leur importance, pensant que le médecin praticien lui en saurait bon gré.

C'est donc avec confiance que le Dr Raymond Nogué peut livrer aujourd'hui à ses confrères ce consciencieux travail. L'accueil qui lui sera fait dédommagera amplement l'auteur de sa peine et lui prouvera combien son œuvre est utile.

B. — **Essai de chimie biologique appliqué à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales de la Bourboule**, par MM. les docteurs L. Heulz, médecin de l'hôpital thermal de la Bourboule, H. Cathelineau, chef du laboratoire de chimie de l'hôpital Saint-Louis. In-8° raisin, prix broché : 2 fr. 50.

On connaît le rôle capital que joue la Chimie Biologique dans l'Etude des Agents thérapeutiques, en nous révélant leur mode d'action sur les échanges et la nutrition générale. Grâce à ce puissant moyen d'investigation, on est arrivé à préciser d'une façon presque mathématique, les indications et contre-indications de tel ou tel médicament.

C'est ce principe que MM. Heulz et Cathelineau ont appliqué à l'étude de la médication hydrominérale de la Bourboule.

C. — **Questions professionnelles, causeries pour les médecins**, (deuxième série), par le docteur L. Grellety, médecin consultant à Vichy, secrétaire de la Société de thérapeutique, etc. Prix : 4 francs.

Dans ce nouveau volume, l'auteur s'est occupé avec beaucoup d'humour et de bon sens, de la plupart des problèmes professionnels, dont la solution intéresse si vivement le corps médical. — Il indique les réformes à réaliser, prêche la concorde aux confrères désunis, fait l'apologie de la profession, surtout du médecin de campagne, et critique fort plaisamment les abus et les travers dont nous sommes victimes. Mais ses sarcasmes n'ont rien d'amer, on pourrait même lui reprocher d'avoir gardé trop de réserve dans ses railleries. — En somme, c'est un ouvrage aussi attrayant que réconfortant, écrit d'une plume alerte, et que vous ferez bien d'emporter avec vous, pour le parcourir dans l'intervalle de vos visites ; il vous aidera à passer le temps d'une façon fort agréable.

D. — **L'eau minérale de Contrexéville et les maladies au traitement desquelles elle convient**, par le docteur Mabboux, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg. In-8° de 208 pages. Prix broché : 4 fr. ; relié cuir plein souple : 5 fr.

Ce livre, dont l'auteur est déjà connu par plusieurs travaux sur les Eaux minérales, est un exposé complet de la médication de Contrexéville et de ses applications thérapeutiques.

—

I. **Résumé succinct des propriétés et indications des eaux de Salins du Jura**, par le Dr F. Guyénot. Vichy 1894.

II. **Le Mont-Dore**, par le Dr Félix Chabory. Paris, 1894.

III. **Des influences des affections nasales sur le tube digestif**, par le Dr Félix Chabory. Paris, 1894.

IV. **The Relation of the Patellar Tendon-Reflex,** to some of the ocular reflexes found in general Paralysis of the insane. By Charles A. Oliver, M. D. Philadelphia, 1893.

V. **Saint-Christau (Basses-Pyrénées), son climat, ses établissements, ses eaux ferro-cuivreuses, principales indications thérapeutiques**, par le Dr Bénard. Paris, Coccoz, 1894.

VI. **Syphilis its treament by intra-muscular injection of soluble mercurial salts,** by Edward Cotterell. London, John Bale et son, 1893.

L'auteur ne veut pas conseiller le traitement exclusif de la syphilis par les injections intra-musculaires de sels mercuriels, mais il est convaincu que c'est une méthode thérapeutique présentant de nombreux avantages avec de faibles inconvénients, applicable à toutes les périodes de la maladie. Il est persuadé que c'est une méthode d'avenir, c'est pourquoi il a cru utile de résumer les points les plus importants du sujet.

VII. **La laparotomie hâtive dans les plaies par armes à feu,** par le Dr du Roselle. Lyon, 1893.

VIII. **Etude comparative des sels phosphatés usités en thérapeutique et des glycéro-phosphates,** par G. Bruel. Paris, 1894.

IX. **Etude sur le torticolis,** par le Dr M. Bilhaut. Paris.

X. **Les eaux minérales bromo-chlorurées sodiques de La Mothe-les-Bains (Isère),** par le Dr Paul de Langenhagen. Grenoble, 1894.

XI. **Communications sur la valeur thérapeutique du massage vibratoire dans les affections du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx. Discussion,** par le Dr Paul Garnault. Paris, 1894.

XII. **Les albuminuriques aux eaux de Brides-Salins,** par le Dr P. Delastre. Paris, Soc. d'Ed. scient., 1894.

XIII. **Nutrition dans le diabète, ses modifications par la cure de Vichy,** par le Dr Frémont (Congrès de Rome).

XIV. **La mer chez soi. Etude sur les bains de sel de Thalassa,** par le Dr G. de Coudré.

XV. **Etudes sur l'éserine, ses sels et dérivés, et sur quelques nouvelles tropéines,** par A. Petit et M. Polonowsky. Paris, 1894.

XVI. **L'hydrothérapie dans les maladies organiques du cœur,** par le Dr F. Bottey. Paris, 1894.

XVII. **Sur le diagnostic du goître exophtalmique,** par le Dr Deléage. Paris, 1894.

XVIII. **Les maladies des enfants et les eaux thermales de Salins-Moutiers,** par le Dr C. Laissus.

XIX. **Les eaux thermales purgatives de Brides-les-Bains.** Moutiers, 1894.

XX. **Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon. Etude sur la blennorrhagie de la femme,** par le Dr Carry. Lyon, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

70. — Traitement des troubles de la ménopause (M. Kisch). — Les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause peuvent être attribués à deux causes : aux troubles de la circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomènes d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorragies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorrhoïdes, les troubles psychiques, sont les phénomènes habituels de l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

Autrefois, on recommandait tout particulièrement les émissions sanguines, la saignée, les ventouses comme moyens préventifs. Elles peuvent, en effet, combattre momentanément les phénomènes de stase, mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait au contraire grand cas des purgatifs qui ont été recommandés de tout temps et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consumée par les sécrétions intestinales abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompagne la constipation ; cependant on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune, et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les lavements ou les irrigations intestinales, les applica-

tions humides sur la région hypogastrique sont des moyens adjuvants très utiles. Kisch, qui exerce à Marienbad, recommande aussi les cures thermales avec les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30° ou 32° C constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit ; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies et agissent par voie réflexe sur les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidules gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire ; il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorragies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offrent un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorragie est peu abondante, le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'addomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit encore avec avantage une teinture hémostyptique qui contient 0,10 d'ergot par gramme de teinture dont il donne 20 gouttes toutes les 2 heures.

Un phénomène pénible de la ménopause et assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme du cancer du col. Pour combattre ce symptôme, Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs, avant de se coucher, un bain tiède à 30°, additionné de 1 kilog. de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique 1 gr., amidon et talc pulvérisé ââ 50 gr. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause. Les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité ; les autres sont exci-

tables, nerveuses, plutôt maigres. Aux secondes, il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter des rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes du petit bassin ; elles devront également éviter certaines influences nuisibles, comme l'action de l'eau froide sur les pieds, sur les organes génitaux ; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences.

(*La France Méd.*)

***

71. — De l'absorption du laudanum par la peau. — Danger pour la mère et l'enfant allaité au sein (D. E. Vialle). — La plupart des physiologistes refusent à la peau, tant qu'elle est recouverte de son épiderme intact, tout pouvoir absorbant en ce qui concerne les substances médicamenteuses. Et si pour certains médicaments, comme le mercure, par exemple, à la suite de frictions hydrargyriques, l'absorption est indéniable, ils objectent qu'elle n'a lieu qu'après destruction plus ou moins totale de l'épiderme.

Voici pourtant un fait qui est en contradiction absolue avec cette manière de voir, et qui prouve que certains médicaments *liquides* (il s'agit ici du laudanum) peuvent parfaitement être absorbés par la peau, sans altération préalable de son épiderme protecteur, et occasionner des dangers chez la mère et chez l'enfant allaité par elle.

Dans le courant du mois de décembre dernier, je fus appelé auprès de Mme P..., rue de la Michodière, pour donner mes soins à son enfant, âgé de quatre semaines.

Cette dame nourrissait elle-même son enfant au sein, et comme son lait était insuffisant, elle ajoutait à la nourriture du nouveau-né 3 ou 400 grammes de lait par jour, qu'elle donnait au moyen du biberon.

Elle me raconta que son enfant dormait continuellement. Il passait chaque nuit, six, huit et dix heures sans s'éveiller. Il aurait dormi plus longtemps encore, si elle ne l'avait éveillé elle-même pour lui donner le sein, et elle avait toutes les peines à le tirer de son sommeil.

A première vue, rien n'indiquait la cause de cette somnolence anormale. L'enfant n'était pas en état de faiblesse congénitale, ce qui eût

expliqué ce sommeil si prolongé. Loin de là : il s'agissait d'un gros et magnifique garçon qui ne demandait qu'à vivre, et qui ne présentait d'ailleurs trace d'aucune maladie siégeant vers les centres nerveux ou vers d'autres organes.

De son côté, la mère ajouta qu'elle « ne faisait que dormir », elle qui auparavant dormait à peine quelques heures chaque nuit par suite d'un état névropathique assez accentué. Cette somnolence, loin de l'inquiéter, l'enchantait au contraire, tant elle était peu habituée à dormir, mais celle de son enfant commençait par l'alarmer.

Questionnée par moi au sujet des médicaments qui auraient pu lui être administrés, à elle ou à son enfant, elle me répondit qu'aucun médicament n'avait été prescrit, ni à l'un ni à l'autre. Seulement depuis une huitaine de jours elle était atteinte d'une phlébite de la jambe droite, pour laquelle elle avait eu recours à des cataplasmes laudanisés, à des frictions huileuses contenant du laudanum, et à des compresses trempées dans un mélange calmant qui en renfermait également.

Le laudanum, sous forme de laudanum de Sydenham, lui avait été prescrit *une seule fois*, à la dose de 15 grammes, avec la recommandation d'en verser une cuillerée à café sur chaque cataplasme. Croyant mieux faire, elle avait versé chaque fois le contenu total du flacon, et dans l'espace de quatre jours, elle avait vidé quatre flacons semblables, que le pharmacien avait d'ailleurs délivrés sans nouvelle ordonnance. Ces 60 grammes de laudanum ajoutés à celui que renfermaient les liniments ou mélanges employés, formaient un total de 100 grammes environ employés en totalité dans l'espace de quatre jours.

Cette dose représentant en moyenne, 25 grammes par jour, n'avait rien d'exagéré, si l'on songe que le médicament avait servi uniquement pour l'usage externe. Elle avait suffi néanmoins pour amener chez la mère et chez l'enfant cet état de somnolence presque continuelle, accompagnée chez la première de contraction des pupilles et, chez l'un et l'autre, de constipation. A par cela, aucun autre symptôme d'intoxication opiacée.

La cessation absolue du laudanum suffit, d'ailleurs, pour amener en deux jours, aussi bien chez la mère que chez l'enfant, la disparition de cette somnolence inquiétante.

Je dois ajouter que la peau, dans les parties qui avaient été en contact avec le laudanum, ne présentait absolument aucune altéra-

tion de l'épiderme, aucun érythème ou desquamation quelconque, et qu'elle était en un mot en tous points semblable à celle des régions voisines. Il y avait donc eu pénétration du médicament dans le torrent circulatoire, malgré l'obstacle évident formé par les veines atteintes de phlébite et, conséquemment en partie obstruées.

Qu'on dénie à ce phénomène le nom d'absorption, et qu'on lui donne celui d'imbibition, inhibition, endosmose, etc..., le fait de pénétration même n'en persiste pas moins, et l'exemple que je viens de citer prouve que certains médicaments *liquides* peuvent parfaitement être absorbés par la peau sans altération préalable de celle-ci.

Il prouve également que l'habitude qu'ont nombre de médecins, d'employer le laudanum pour l'usage externe, sans compter, et pour ainsi dire les yeux fermés, peut n'être pas sans danger, et qu'en tous cas, il faut s'abstenir d'avoir recours à ce médicament, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, chez la femme qui allaite.

(*L'actualité méd.*)

***

72. — Antisepsie en obstétrique.— Une Commission, composée de MM. Charles, Javaux, Keiffer, Tournay et Henrotay, rapporteur, avait été nommée par la *Société belge d'obstétrique et de gynécologie*, pour examiner l'importante question de l'antisepsie dans les accouchements.

Après de nombreuses séances, les membres se sont mis d'accord sur les conclusions suivantes :

1° L'infection puerpérale est habituellement transmise par le contact des organes génitaux de l'accouchée ou de la parturiente, avec un corps infecté quelconque. Les mains, instruments, linges, etc., sont les vecteurs ordinaires du virus. Les bactéries causales (streptocoques, staphylocoques) peuvent provenir non seulement d'une autre accouchée malade, ce qui est le cas le plus fréquent, mais aussi d'un phlegmon, érysipèle, furoncle, anthrax, etc. ;

2° Le rôle de l'air, en tant que mode d'infection, doit être négligé dans les conditions ordinaires, et pour être autorisé à l'invoquer dans des conditions très spéciales, il faut que l'antisepsie ait été pratiquée d'une façon scrupuleuse ;

3° L'auto-infection, c'est-à-dire la contamination de la femme par des germes préexistant dans ses organes génitaux, est rare et d'importance secondaire. Les divergences de vue des auteurs à cet égard,

proviennent, en grande partie, de la signification plus ou moins étendue, attribuée par eux à ce mot ;

4° L'élévation de la température pendant les suites de couches est habituellement l'indice d'une infection au moment de l'accouchement ;

5° Toute température dépassant 38° C. pendant plus de vingt-quatre heures, doit appeler sérieusement l'attention. Aussi, le thermomètre doit-il être régulièrement appliqué deux fois par jour et, de plus, chaque fois que l'état de l'accouchée paraît anormal ;

6° La prophylaxie de la fièvre puerpérale réside tout entière dans la mise en pratique d'une antisepsie et d'une asepsie rigoureuses, avant, pendant et après l'accouchement ; sans négliger toutefois les soins pour affermir la santé de la femme pendant la grossesse et éviter les divers accidents pendant le travail ;

7° L'observation des règles de l'antisepsie et de l'asepsie dans la pratique obstétricale est obligatoire pour tous les praticiens, médecins et accoucheuses ;

8° Bien que la latitude doive être laissée aux médecins d'appliquer ces règles à leur gré, mais sous leur responsabilité, on doit considérer comme un *minimum indispensable* :

A. La propreté exquise des draps, linges, vêtements, ustensiles susceptibles de venir en contact avec les organes génitaux de l'accouchée ou de la parturiente ;

B. La désinfection des mains de l'accoucheur ou de l'accoucheuse et des instruments (canules, sondes, etc.), avant leur emploi ;

C. La désinfection des organes génitaux externes ;

N. B. — Des soins autres de désinfection peuvent être nécessaires dans des cas particuliers ou dans des conditions spéciales.

9° Il y a lieu d'unifier pour toute la Belgique les règlements sur la matière élaborés par les différentes Commissions médicales pour les sages-femmes de leurs provinces ;

10° Ce règlement devrait entre autres et spécialement :

A. Placer les accoucheuses d'une façon formelle sous la surveillance d'une autorité compétente ;

B. Exposer d'une façon précise : la technique de la désinfection des mains, instruments, linges, etc., et les soins à donner aux yeux du nouveau-né ;

C. Recommander aux sages-femmes l'usage du sublimé pour la désinfection des mains et des organes génitaux externes ;

D. Obliger toute sage-femme de connaître l'usage du thermomètre,

de l'appliquer régulièrement et d'appeler un médecin dès que la température chez une accouchée dépasse 38 degrés, pendant plus de vingt-quatre heures ;

Il devrait en être de même dès qu'apparaissent chez le nouveau-né des signes d'ophtalmie purulente, cause si fréquente de cécité.

E. Prescrire des mesures de désinfection obligatoire pour les accoucheuses, ayant soigné des cas d'infection puerpérale, et donner toutes les facilités possibles pour la désinfection gratuite des linges, vêtements infectés, etc. ;

F. Autoriser les accoucheuses à prescrire, sous leur responsabilité, des antiseptiques selon des formules admises ;

11° L'étude de la fièvre puerpérale et des diverses méthodes d'asepsie et d'antisepsie, devrait être ajoutée au programme des Ecoles de Maternité :

12° Des pénalités doivent rendre obligatoire l'observation de ce règlement, nonobstant les peines auxquelles s'exposent ceux qui seraient reconnus coupables, en cas d'accidents, et ce en vertu des articles 1382 et 1383 du code civil, 418, 419, 420 et 421 du code pénal ;

13° La notification de la fièvre puerpérale, ainsi que tout décès d'accouchée pendant la quinzaine qui suit l'accouchement, devrait être obligatoire pour les médecins et les sages-femmes. Cette déclaration se ferait dans les vingt-quatre heures, à une autorité compétente qui aurait à prendre les mesures que comporte la situation :

14° Le Gouvernement devrait organiser d'une façon uniforme les conférences pour accoucheuses fonctionnant déjà dans plusieurs provinces. Le titulaire de ces conférences serait, autant que possible, un membre du personnel enseignant universitaire ou un professeur de Maternité. Il aurait, en outre, pour mission de faire subir périodiquement des *examens facultatifs* aux accoucheuses qui se présenteraient.

Des diplômes, des récompenses en argent, livres, instruments, seraient remis aux examinées suivant leurs mérites.

Le rapport et les conclusions seront discutés à la séance du 18 mars prochain.

Nous y reviendrons donc à cette occasion.

(*Journal d'Accouchements*)

***

73. — Recherches expérimentales sur le traitement du pédicule ombilical des nouveau-nés ; par M. le Dr H. Lambinon, assistant de la maternité de Liège. — Dans le but de juger sainement de la valeur réelle de différents modes de traitement du pédicule ombilical au sujet desquels il existe des divergences d'opinions considérables, nous avons eu l'idée d'instituer une série d'expériences rigoureusement contrôlées.

Soit dit en passant, nous avons rejeté non seulement les procédés anciens, consistant soit en application d'emplâtre adhésif (Dorhn), soit de morceaux de toile trempés dans l'huile de Provence, mais encore les pansements antiseptiques, qui ont l'inconvénient de retarder beaucoup l'époque de la chute du cordon. C'est ainsi que l'emploi de la gaze iodoformée amène seulement la guérison après *10 jours environ*.

En réalité, nous avons soumis au crible de l'observation la plus rigoureuse, le pansement du cordon ombilical au moyen de ouate de Bruns pure, le procédé de Sutugin, et les pansements à la magnésie, à la poudre de noix de Galles et à la glycérine.

Dans un premier groupe de *50 observations*, nous avons entouré le cordon ombilical d'un morceau de ouate de Bruns, comme le conseillent les meilleurs auteurs.

Le pansement est incliné en haut et à gauche, maintenu au moyen d'une bande et renouvelé tous les jours.

D'après les résultats de nos recherches, 45 cordons ont été éliminés du 4e au 8e jour, deux le troisième jour, un seul le second jour, un autre le neuvième jour et le dernier le dizième jour.

Il s'agit dans ce dernier cas d'un enfant L..., né le 3 janvier 1893 à la Maternité, et dont la plaie était du reste parfaitement cicatrisée le 13 du même mois, lors de la chute du pédicule.

Dans cette série d'observations, la cicatrisation complète de la plaie ventrale a été observée 12 fois lors de la chute du cordon, soit dans 24 % des cas.

Il s'est produit douze bourgeons, onze ulcères et quinze petits ulcères guéris en quelques jours sans complication.

Soit dit en passant, les petites plaies sont saupoudrées d'iodoforme et les petits bourgeons sont recouverts d'alun cru. Dans les deux cas, la cicatrice ombilicale est formée en peu de jours.

Après avoir exposé impartialement les résultats du traitement du cordon ombilical au moyen d'ouate de Bruns, nous allons voir la

valeur du procédé de Sutugin, utilisé non sans succès chez cinquante nouveau-nés.

Après avoir fait une série de pansements de ce genre, nous avons noté les résultats suivants :

Dans 24 % des cas, l'élimination du pédicule ombilical s'est faite par voie de nécrose sèche après 2 à 7 jours de traitement.

Dans tous les cas de ce genre, la plaie ombilicale était complètement cicatrisée le jour de la chute du cordon.

Douze cordons sont tombés après un intervalle variable de deux à huit jours laissant de petits ulcères au niveau de leur insertion abdominale (24 % des cas).

Enfin il s'est produit 26 fois des bourgeons et alors l'élimination du cordon a lieu au minimum le 4e jour et au maximum le 7e jour après la naissance.

Nous insistons sur cette tendance curieuse au bourgeonnement de la petite plaie ventrale qui existe dans une bonne moitié des cas.

Nous tenons à déclarer que nous n'avons pas eu à soigner une seule plaie de mauvaise nature, ce qui constitue un progrès encourageant.

L'élimination du pédicule par voie de névrose sèche se fait rapidement quand on a recours au procédé de Sutugin.

Ces bons résultats reconnaissent évidemment pour cause les propriétés hygroscopiques du plâtre, soustrayant continuellement l'eau du cordon et empêchant la pullulation des germes pathogènes.

La magnésie calcinée détermine, comme le plâtre, l'élimination du pédicule par voie de nécrose sèche, mais elle a l'inconvénient de retarder la durée moyenne de la guérison.

Elle se répand dans l'air sous forme d'une poussière très ténue qui incommode un peu l'entourage de l'enfant.

Outre le plâtre et la magnésie, la poudre de noix de Galles a été appliquée sans grand succès sur le cordon ombilical.

Ce genre de pansement, qui permet de momifier parfaitement les tissus, ne nous a pas procuré de succès encourageants. Il n'a pas donné de fort bons résultats, car il ne favorise nullement l'élimination du pédicule ombilical qui reste souvent fixé, nous dirons même rivé à la paroi abdominale pendant *plus de dix jours*.

Nous avons définitivement abandonné la poudre de noix de Galles dans le traitement du pédicule ombilical des nouveau-nés.

Un autre médicament dont on a beaucoup parlé l'an dernier mérite absolument le même sort.

Malgré l'avis contraire de M. le Dr J. Lvow (1), privat docent à la Faculté de médecine de Kasan, notre expérience prouve que la glycérine est loin de constituer le meilleur pansement du cordon ombilical.

La glycérine n'est malheureusement pas suffisamment hygroscopique pour déterminer la momification du cordon qui s'élimine alors par *voie humide*.

En réalité, nous tenons à déclarer qu'il ne faut pas recourir à cette médication dans l'intérêt même de l'enfant.

Dans ces conditions, il faut proscrire la glycérine.

Conclusions. — En somme, parmi les pansements employés pour empêcher la putréfaction du moignon ombilical, l'ouate de Bruns, spécialement associée à une substance hygroscopique comme le plâtre, est bien indiquée.

Les pansements à la magnésie donnent des résultats assez satisfaisants.

Nous avons été obligés de renoncer à la poudre de noix de Galles et à la glycérine, dont les inconvénients ont été signalés plus haut.

(*Journal d'Accouchements*).



74. — Traitement des hémorrhagies post-partum, par le Dr Savigny. — Le traitement des hémorragies qui sont dues aux lésions des voies génitales est relativement facile. La difficulté est de diagnostiquer ces lésions. Pour découvrir la source de l'hémorragie, il est nécessaire d'examiner systématiquement le canal génital, depuis son extrémité inférieure jusqu'à son extrémité supérieure. On examinera d'abord la vulve, l'entrée du vagin, le voisinage de l'urètre surtout. On déplisse ensuite la partie inférieure du vagin par une exploration avec les doigts ou bien en introduisant un doigt dans le rectum et en faisant saillir à travers la vulve la paroi vaginale postérieure. Si l'on ne trouve pas dans ces régions la cause de l'hémorragie, on recherchera les déchirures du col, dont la recherche offre certaines difficultés. On reconnaîtra ces déchirures par un examen au spéculum, on peut aussi les reconnaître par le toucher. Si l'on arrive à mettre le doigt sur la fissure même que l'on sent très bien, on a en même temps une sensation très nette d'une pulsation synchrone avec

(1) J. Lvow. — *Le meilleur pansement du cordon ombilical.*

les battements du cœur. Enfin, en refoulant le corps de l'utérus dans le bassin, on peut arriver à amener le col à la vulve et à reconnaître la lésion directement accessible à l'œil sans le secours du spéculum. Si l'on ne trouve aucune lésion qui puisse expliquer l'hémorragie, celle-ci peut venir de la cavité utérine sans que cependant il y ait inertie. Par le toucher intra-utérin, tandis que l'autre main est appliquée à l'extérieur sur le corps de l'utérus, on explore la face interne et l'on sent s'il reste des fragments placentaires, s'il existe des néoplasmes, des myômes devenus sous-muqueux à la suite de la grossesse et de l'accouchement. Parfois on pourra diagnostiquer l'existence d'un cancer du col qui aura échappé jusqu'ici. En l'absence de toutes les causes mentionnées, il ne reste plus qu'à admettre l'existence d'une dilatation et d'une dégénérescence des vaisseaux utérins.

Il est assez facile d'arrêter les hémorragies qui sont dues à des lésions des voies génitales. On fermera ces déchirures du vagin au voisinage de l'urètre au moyen de sutures. Si l'on n'a pas ce qu'il faut sous la main, on fera provisoirement une compression des points saignants avec de la ouate ou de la gaze iodoformée, et bien souvent l'hémorragie s'arrêtera définitivement.

Les hémorragies dues à des déchirures du col sont plus difficiles à arrêter. Le meilleur moyen consiste à appliquer des points de suture ou à lier les vaisseaux qui donnent, encore faut-il avoir sous la main aide et instruments. On pourra employer aussi le tamponnement, qui ne doit pas être limité à la cavité vaginale, mais s'étendre à toute la cavité utérine, en comprimant surtout les points qui donnent. Pour pratiquer la suture des déchirures du col, il est nécessaire d'abaisser l'utérus, en appliquant une ou deux pinces à crochet.

Tout n'est pas fini lorsqu'on est arrivé à arrêter l'hémorragie. Si celle-ci a été grave, l'anémie, la faible tension sanguine constituent de véritables dangers. On placera la tête de la malade dans une position déclive, tandis qu'on élèvera les extrémités inférieures. On obviera encore au danger de l'anémie cérébrale, en comprimant légèrement les membres inférieurs et supérieurs, en introduisant une certaine quantité de liquide dans la circulation, par la bouche et par le rectum. On sait que dans les cas d'hémorragies profuses, les femmes supportent admirablement des quantités énormes d'eau-de-vie. Dans les cas absolument graves, lorsque le pouls est à peine perceptible et que la respiration s'arrête, on peut songer à la transfusion. Cependant cette opération a été à peu près abandonnée aujourd'hui, en

raison de ses dangers consécutifs. La transfusion peut amener en effet la formation dans la circulation de caillots qui donnent lieu à des accidents mortels. On l'a remplacée récemment par des injections sous-cutanées d'eau salée. On emploie pour cela une solution stérilisée de sel marin à 6 0/00 que l'on verse dans un entonnoir en rapport avec une canule. Celle-ci est introduite à travers un pli de la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané. On choisit le thorax, surtout la fosse sous-claviculaire, comme lieu de l'injection. On aide à la diffusion du liquide en massant légèrement la région. Tels sont les points principaux du traitement immédiat de l'anémie hémorragique. Nous n'avons pas à parler du traitement consécutif qui n'offre rien de spécial et ne diffère pas de celui de l'anémie en général.

(*Rev. de ther. méd. clin.*)



75. — Note sur deux cas d'intoxication par le sublimé après l'accouchement, par M. Billon. — Il est survenu chez deux de mes accouchées pendant le mois dernier des phénomènes d'intoxications à la suite de l'emploi de la liqueur de Van Swieten, que cependant j'avais pris le soin de dédoubler, et j'ai cru intéressant de communiquer ce fait à la Société.

Chez la 1re femme l'enfant était venu très facilement en O. I. G. A.; chez la 2e le travail avait été très long, l'enfant se présentait par les pieds : toutes les deux étaient primipares, la 1re était âgée de 20 ans, la 2e de 32, avait son 1er enfant après 11 ans de ménage.

Délivrance naturelle dans les deux cas, aucune érosion ou déchire du périnée et bonne santé habituelle.

Je fis à ces deux femmes moi-même, comme j'en ai l'habitude, des lavages et des injections matin et soir avec la liqneur de Van Swieten coupée d'eau bouillie par moitié. Le 6e jour, chez la 1re jeune femme, le 4e jour chez la seconde, fièvre, température 39°, salivation exagérée, douleur dans les mâchoires, mastication impossible et rougeur scarlatiniforme sur tout le corps et toute la face. L'une avait une dentition magnifique, le 2e laissait un peu à désirer de ce côté-là.

Aucune douleur à la pression de l'utérus ou des annexes, aucun écoulement fétide. Seul pour moi le sublimé devait être incriminé.

L'effet, une fois supprimé et remplacé par l'eau boriquée à 4 %, les accidents cessèrent et tout rentra dans l'ordre. — Suites de cou-

ches normales. — Les deux femmes ne nourrissaient pas. — Voilà bientôt dix ans que j'ai adopté le même moyen, et c'est la 1re fois qu'à 15 jours d'intervalle, bien que légers, des accidents se produisent.



76. — Un traitement du Pyo-Salpinx, par G. Wackerhagen. — Dans les cas *anciens*, la laparotomie est la seule méthode à employer, en raison des adhérences de la trompe aux parties voisines.

Dans les cas *récents*, quand les adhérences n'ont pas eu le temps de se former, l'auteur recommande la méthode suivante qui évite à la malade les dangers de l'ouverture du péritoine: Antisepsie vulvaire et vaginale rigoureuse.

Badigeonnage de la cavité utérine avec une tige entourée de ouate trempée dans l'acide phénique pur.

Dilatation utérine progressive et complète, et irrigation après chaque séance. Dès que le cathéter entre facilement, le pus commence à couler et la poche diminue graduellement jusqu'à disparaître. Après chaque séance, application contre le col d'un tampon de glycérine boratée et alunée. On l'enlève le matin et l'on pratique une injection vaginale avec une solution boro-salicylée. L'auteur déclare ne pouvoir expliquer le mécanisme de l'action de son traitement. Peut-être la distension des fibres musculaires du col amène-t-elle un relâchement de l'orifice utérin de la trompe ?

Plusieurs membres ont discuté la valeur de ce procédé.

(*Jal. des Sciences méd. de Lille*).



77. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection de naphtol camphré dans le péritoine. — M. Rendu a présenté en novembre 1893 une malade guérie d'une péritonite tuberculeuse ascitique par l'injection de naphtol camphré dans le péritoine. Voici une autre observation analogue : Une jeune Italienne de 16 ans, atteinte d'une ascite considérable, est entrée le 10 décembre dans son service. Il arriva par exclusion au diagnostic de péritonite tuberculeuse. Une certaine quantité de liquide péritonéal fut injectée dans le péritoine de deux cobayes, et, dans la même séance, le 16 décembre, il retira 6 litres de liquide ascitique.

Cette ponction fut suivie de l'injection (5 gr.) de naphtol camphré

dans l'abdomen. Pendant deux jours, cette injection fut bien supportée ; le troisième jour, la malade présenta une élévation de température, de l'empâtement sous-ombilical, et une pleurite gauche. Cet état congestif de la plèvre et du poumon dura peu de jours et disparut spontanément, ainsi que la fièvre. — Le 26 décembre, la malade était en voie de guérison.

Des deux cobayes inoculés, l'un mourut un mois après de tuberculose généralisée ; l'autre vit encore. L'autopsie du premier cobaye montre bien qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Ces deux observations montrent l'innocuité et les heureux effets de l'injection abdominale de naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse avec ascite.

(*La France méd.*)



78. — Indications et contre-indications des eaux chlorurées sodiques fortes en gynécologie. — D'après M. Lostalot elles sont indiquées dans les cas suivants :

1° Fibro-myômes à évolutions lentes avec hémorragies graves et fibro-myômes non hémorragiques.

2° Fibro-myômes très volumineux rendant dangereuse une intervention chirurgicale, et fibro-myômes de l'époque de la ménopause.

3° Métrite catarrhale chez des femmes strumeuses, ou chez celles qui sont lymphatiques ou anémiées par des hémorragies et chez lesquelles le curettage devra être pratiqué.

4° Empâtement des ligaments larges de toute espèce, et adhérences consécutives aux opérations.

Ce traitement est au contraire contre-indiqué dans les salpingites et surtout dans les inflammations récentes de la trompe et des ovaires. Dans ces cas, il aggrave la maladie.

Il n'en est pas de même des salpingites anciennes, presqu'éteintes, où le traitement amène la résorption des exsudats pelviens.



79. — Les accidents des injections intra-utérines, par le Dr R. Troquart (*Journal de Médecine de Bordeaux.*)

Les injections intra-utérines de liquides irritants ne sont d'habitude pas très douloureuses et ne provoquent pas d'accidents. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Dans un cas d'endométrite soigné par

l'auteur, une injection de sublimé à 1/2000 amena des douleurs atroces, une syncope, puis des vomissements qui durèrent un jour.

Ces accidents ont été attribués à la pénétration du liquide irritant dans les veines, mais cette hypothèse n'est pas admissible en dehors de l'état puerpéral. Boursier, dans un travail publié dans les Archives Cliniques de Bordeaux, dit qu'ils sont dûs souvent à une dilatation de l'orifice interne des trompes et à un cathétérisme tubaire involontaire. S'il en est ainsi, il peut arriver fréquemment que le liquide injecté pénètre dans les trompes et donne naissance à des phénomènes de péritonite plus ou moins intenses suivant le degré d'asepsie du liquide.

On ne saurait donc être trop prudent dans les cas où on peut supposer que l'orifice interne des trompes est dilaté, ce qui se présente le plus souvent chez les femmes qui ont souffert longtemps de douleurs menstruelles, de troubles dysménorrhéiques, d'accidents de rétention du sang ou des liquides sécrétés.

***

80. — Traitement de la dysenterie infantile. — M. J. Simon prescrit les lavements suivants :

Cachou	8 gr.
Extrait de noyer	2 gr.
Camphre	2 gr.
Eau	Q. S.

Faire précéder le lavement au cachou d'un lavement simple.

S'il y a des entérorrhagies, employer de préférence le lavement au nitrate d'argent (3 centigrammes pour 100), suivi d'un lavement laudanisé.

FORMULAIRE

—

Traitement de la dysménorrhée par le salicylate de soude ; indications et contre-indications.

(JULES CHÉRON.)

J'ai, depuis longtemps déjà, préconisé l'emploi du salicylate de soude contre la dysménorrhée des jeunes filles, surtout dans les cas de diathèse arthritique plus ou moins accusée, avec prédominance de la

névralgie lombo-abdominale sur les autres symptômes de la dysménorrhée.

M. Binz a repris dernièrement (1) la question des indications et des contre-indications de l'acide salicylique et des salicylates, après avoir observé un cas d'avortement survenu à la suite de l'administration de cinq grammes d'acide salicylique. Il a fait avorter des lapines en gestation en leur faisant ingérer de l'acide salicylique. Il rapporte des cas de ménorrhagies, de métrorrhagies et d'avortement observés par M. Balette et par M. de Wacker, à la suite de l'emploi de ce même médicament.

De ces faits, il résulte que l'acide salicylique et les salicylates ne doivent être employés qu'avec la plus grande prudence chez les femmes enceintes atteintes de rhumatisme articulaire et qu'ils sont tout à fait contre-indiqués chez les femmes rhumatisantes sujettes à avorter. La tendance aux ménorrhagies et aux métrorrhagies, en dehors de toute grossesse, en est également une contre-indication formelle.

C'est donc dans la dysménorrhée névralgique, rhumatismale, avec insuffisance de l'écoulement menstruel que le salicylate de soude reste particulièrement utile. Il constitue une ressource précieuse, chez les jeunes filles arthritiques, insuffisamment réglées, alors qu'on ne peut recourir au traitement local, si efficace chez les femmes mariées.

Je prescris ordinairement le salicylate de soude de la façon suivante, dans la dysménorrhée arthritique :

Salicylate de soude....................	5 grammes.

en 10 cachets.

Prendre deux de ces cachets au commencement des principaux repas, les deux ou trois premiers jours des règles.

On peut également recourir à la formule suivante :

Salicylate de soude..................	10 grammes.
Rhum..............................	40 grammes.
Sirop simple........................	160 grammes.

prendre une cuillerée à soupe de cette potion au commencement des deux principaux repas, les deux ou trois premiers jours des règles.

(1) *Journal d'accouchements*, 13 mai 1894.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Sous ce titre : La blennorrhagie chez la femme, le Dr Verchère, mon collègue de Saint-Lazare, a publié récemment (1) un travail trop important, à mes yeux, pour être simplement analysé d'une façon sommaire dans un bulletin bibliographique ; c'est pourquoi j'ai cru utile à nos lecteurs d'en parler à cette place et d'en faire l'objet d'une de nos Revues mensuelles.

L'importance de la blennorrhagie est devenue considérable en gynécologie, depuis quelques années surtout ; c'était donc faire œuvre éminemment utile que de réunir, en un traité didactique, les connaissances actuelles sur cette question, et M. Verchère s'est acquitté de sa tâche, avec conviction toujours et souvent avec une rare habileté d'exposition.

Ce n'est pas ici le lieu d'énumérer les nombreux chapitres des deux volumes de M. Verchère ; disons immédiatement que le sujet a été traité, par l'auteur, d'une façon complète et que toutes les localisations génitales de la blennorrhagie féminine sont passées en revue, décrites avec soin, discutées à fond au

(1) *La blennorrhagie de la femme*, 2 vol. de la bibliothèque médicale Charcot-Debove. — Rueff, éditeur, Paris, 1894.

point de vue du diagnostic différentiel et du traitement. Ce que je désire faire ici, c'est montrer, par un certain nombre de citations, comment mon distingué collègue de Saint-Lazare a compris l'exposition de son sujet et donner ainsi, à nos lecteurs, le vif désir de lire complètement et attentivement ce traité de la blennorrhagie chez la femme ; ce sera, pour eux, faire œuvre à la fois profitable et intéressante, comme nous y avons trouvé nous-même intérêt et profit.

« On ne doit plus rire de la blennorrhagie (1), dit M. Verchère ; il faut savoir que l'on en meurt, les hommes par le rétrécissement de l'urèthre et la néphrite, les femmes par la métrite et la salpingite suppurée. Et les femmes qui meurent ainsi ne sont pas des filles... ce sont des jeunes femmes, nouvelles mariées pour la plupart, des jeunes mères de famille qui, après leur premier accouchement, voient survenir des crises de douleurs à chaque époque de règles, puis des flueurs blanches, des métrorrhagies, ne peuvent plus marcher, gardent bientôt le lit et passent, sur une chaise longue, quatre ou cinq ans de leur jeunesse jusqu'au jour où, exténuées, épuisées, désespérées, elles ont recours au chirurgien qui, au prix du sacrifice de l'utérus, des trompes, des ovaires, leur rend une existence possible, acceptable, en les privant des joies de la maternité, en en faisant des castrats féminins... Il faut le dire, il faut le répéter, la blennorrhagie de la femme est une affection grave, extrêmement grave, et elle peut atteindre toutes les femmes ; elle ne respecte aucune position sociale, elle ne recule devant aucune vertu. Il faut savoir qu'à ses débuts on peut la guérir, mais que, si on ne la soigne pas à ce moment, elle peut s'étendre, envahir, se généraliser et n'être plus curable alors qu'au prix des plus pénibles sacrifices. Il faut savoir que c'est à elle que l'on doit attribuer la stérilité d'un grand nombre de femmes et que, si elle n'entraîne pas autant d'avor-

(1) Introduction p. 3.

tements en apparence que la syphilis, elle entrave la fécondation et contribue peut-être plus encore à la dépopulation. »

L'exposition du traitement est des plus intéressantes, signalons d'abord une modification au procédé d'amputation du col de Schrœder dans l'endocervicite blennorrhagique. Les premiers temps de l'opération sont les mêmes que dans la technique proposée par Schrœder ; quant au dernier temps, voici comment M. Verchère a tourné la difficulté qu'on éprouve souvent à faire les sutures : « Le nombre des procédés inventés pour faire la suture, dit-il (1), est considérable et s'explique par la difficulté que l'on éprouve à traverser le tissu résistant de l'utérus, à faire des points de suture dans les profondeurs et aussi à empêcher, en suturant la muqueuse utérine, qu'elle ne cède et se déchire. Pour éviter ces difficultés, je ne fais pas de suture, je me contente de mettre sur chacune des lèvres du col replié, une serre-fine que j'ai fait fabriquer spécialement, et qui, transperçant le repli labial maintient en contact les deux surfaces cruentées. Deux autres serres-fines à mors latéraux sont placées sur les deux commissures et le col se trouve ainsi reconstitué. Ce petit procédé facilite beaucoup l'opération et me permet dans les cas où la femme n'est pas trop sensible, de ne pas donner le chloroforme. » Ajoutons, enfin, qu'après le curettage, M. Verchère emploie volontiers le drainage de l'utérus, qui, comme je crois l'avoir démontré le premier en France, peut rendre de grands services et est un adjuvant puissant de la guérison.

Je voudrais pouvoir citer *in extenso* le traitement de la salpingo-ovarite blennorrhagique, dans lequel M. Verchère préconise une série de moyens que nous avons souvent défendus, dans ce journal. Bornons-nous à citer les phrases suivantes : « Je le répète, dit l'auteur (2), c'est le traitement de

(1) *Loc. cit.* 2e vol., p. 54.
(2) *Loc. cit.*, 2e vol., p. 101.

la métrite qui est le traitement de la blennorrhagie des trompes et des ovaires : cette dernière ne disparaîtra qu'avec la métrite. En la guérissant, non seulement on met les trompes dans les conditions les plus favorables pour obtenir la guérison spontanée, mais encore on s'oppose à la possibilité d'une infection mixte par la voie utérine... Traiter la métrite, c'est faire le traitement prophylactique qui met à l'abri les organes profonds d'une infection mixte, èt laisser guérir la salpingite blennorrhagique, par elle-même, rarement pyogène et surtout presque toujours locale. La dilatation lente et prolongée de l'utérus, le drainage utérin prolongé, alliés à une antisepsie absolue de la cavité du col et du corps utérins, tels sont les deux moyens, dans presque tous les cas souverains, pour obtenir la désinfection utérine et la résolution des lésions salpingo-ovariennes, etc. »

A citer également, le traitement de la pelvi-péritonite blennorrhagique (1) pour lequel nous ferions les mêmes remarques : « S'il existe de la salpingo-ovarite et de la pelvipéritonite, il ne faudra pas, dès l'abord, prendre un bistouri et faire la laparotomie ou l'hystérectomie. Il faut savoir, comme je l'ai indiqué, que nombre de femmes atteintes de lésions des annexes et même de pelvipéritonite ont guéri et même complètement guéri sans être privées de leurs annexes. Les interventions sur l'utérus ont donné d'excellents résultats. Curettage utérin après dilatation, opération de Schrœder, injection de teinture d'iode, écouvillonnage avec glycérine créosotée, sublimé, cyanure de mercure, perchlorure de fer, drainage de la cavité utérine, tels sont les moyens sur lesquels je ne veux pas insister de nouveau et qui, dans nombre de cas, ont suffi pour amener une guérison durable, etc. » Parmi les moyens médicaux qu'il est utile d'associer aux moyens chirurgicaux, M. Verchère en cite un sur lequel je me permets d'attirer plus

(1) *Loc. cit.*, 2e vol, p. 136.

particulièrement l'attention du lecteur : « Je signale ici, dit-il, une méthode dont l'auteur dit avoir obtenu les meilleurs résultats ; je veux parler des injections sous-cutanées de sérum artificiel, qui auraient la propriété d'augmenter la tension intravasculaire et, par suite, de favoriser la résorption des produits de nouvelle formation des adhérences, des fausses membranes, reliquat d'anciennes pelvi-péritonites. »

Je voudrais enfin pouvoir citer complètement le chapitre consacré au pronostic et à la prophylaxie de la blennorrhagie féminine. Ne pouvant faire mieux, je me bornerai à reproduire les lignes suivantes qui terminent l'importante étude du chirurgien de Saint-Lazare : « La blennorrhagie est un véritable danger social contre lequel on ne s'est pas jusqu'à présent suffisamment élevé. Ce n'est que dans ces derniers temps, dans ces temps de castration à outrance (rendus par la blennorrhagie nécessaires) qu'on a pu se convaincre *de visu* de la gravité de cette terrible affection de la femme, et constater que si le chirurgien est devenu si souvent un opérateur radical, il y a été poussé par l'effroyable fréquence de la blennorrhagie. C'est donc à la prophylaxie qu'il faut faire appel, c'est de ce côté que doivent tendre tous les efforts individuels et collectifs. »

En terminant cette trop courte Revue, je tiens à répéter ce que je disais plus haut, c'est que l'étude de M. Verchère représente un travail consciencieux, d'une lecture agréable et facile ; et que mon distingué collègue de Saint-Lazare a fait, là, une œuvre d'une importance réelle au point de vue pratique.

JULES CHÉRON.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr Prosper Bouteil, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite*).

—

OBSERVATION III.

Endométrite hémorrhagique avec sub-involution. — Curettage. Drainage. — Guérison.

La nommée Poit... (Marguerite), âgée de 24 ans, est entrée à Saint-Lazare, dans le service du Dr Chéron, le 22 septembre 1891.

Diagnostic du dispensaire : Uréthrite et ulcération du col.

Elle a été réglée à 13 ans, sans douleur. Ses règles sont très abondantes et durent 8 jours. Elle perd en blanc dans l'intervalle des règles.

Déflorée à 15 ans, elle a eu deux enfants, le premier à l'âge de 16 ans 1/2, le second à 18 ans. Repos au lit insuffisant ; elle a gardé le lit pendant 3 jours seulement.

Depuis l'âge de 20 ans, ses règles sont devenues plus abondantes qu'avant et durent de dix à douze jours tous les mois, avec des avances de six jours chaque fois.

Depuis quelque temps elle perd beaucoup en blanc jaunâtre ; elle se plaint de fortes douleurs dans la région des reins ; elle a des sensations de pesanteur et des élancements dans le ventre.

Elle mange et digère assez bien ; elle est habituellement constipée ; elle a des envies fréquentes d'uriner.

L'examen des organes génitaux externe montre qu'elle est atteinte d'*uréthro-vulvo-vaginite.*

Examen au spéculum et hystérométrie : La sub-involution est manifeste ; l'utérus est gros et mesure 10 cent. de longueur mesuré à l'hystéromètre, sa cavité est élargie. Il est en rétroversion légère. Il existe un double ectropion sur le museau de tanche.

Le curettage d'exploration ramène des fongosités. On se trouve donc en présence d'une endométrite fongueuse chronique.

Toucher. Rien d'appréciable au toucher du côté des annexes.

On commence par faire le traitement de l'uréthrite, de la vulvite et de la vaginite. (Injections au permanganate de potasse ; lavages antiseptiques, pansements iodoformés.) Ce traitement dure jusqu'au 15 octobre.

A ce moment (15 octobre) survient une perte abondante de sang. On prescrit : le repos absolu au lit ; les injections chaudes, une potion avec de l'ergotine.

Le 3 novembre, M. Chéron pratique le curettage de la cavité utérine qui ramène de nombreux fragments de muqueuse très hypertrophiée. Le canal cervical, les ectropions sont raclés avec la herse et la curette à dents.

Lavage au sublimé et mise en place d'un drain en crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Suites normales : écoulement séro-sanguinolent, puis séreux ; le pansement est renouvelé tous les trois jours.

24 novembre. — Le drain est retiré ; il ne sort plus rien de la cavité.

Le 15 décembre. — Les règles ont réapparu normales ; elles ont duré quatre jours.

Le 20 décembre, M. Chéron constate, par l'examen bimanuel, que l'utérus s'est notablement réduit de volume en hauteur et en largeur. L'hystéromètre ne donne plus que 8 centimètres de longueur, et ne joue pas facilement dans la cavité.

Au spéculum, on constate la disparition des ectropions ; l'orifice du col est sec.

La malade se sent très bien ; elle n'a plus de pesanteur dans le ventre ; elle ne souffre plus dans les reins.

Les règles ont duré quatre jours.

OBSERVATION IV.

Endométrite hémorrhagique. — Curettage et drainage. — Guérison.

La nommée Si... (Marie), âgée de 21 ans, entre à Saint-Lazare, dans le service du Dr Chéron, le 18 mai 1892.

Diagnostic du dispensaire : Ulcération du col, végétations.

Elle a été réglée à quatorze ans, toujours irrégulièrement et peu abondamment. Durée des règles : 3 jours.

A 18 ans elle accoucha d'un enfant qui vécut 8 jours et mourut d'athrepsie. Elle est restée 8 jours au lit après cet accouchement.

Depuis lors, ses règles sont abondantes, et en ce moment elles durent dix jours et reviennent chaque mois avec des avances de 6 à 8 jours.

Elle a des pertes blanches continuelles. Elle souffre dans les reins et dans le ventre ; la marche et la station debout sont pénibles.

L'utérus est en position normale ; le fond, qui dépasse un peu le pubis, est sensible à la pression.

Au toucher, on sent un col gros ; les lèvres sont en ectropion ; l'orifice externe est large ; le corps de l'utérus est volumineux.

On ne trouve rien dans les culs-de-sac, ni du côté des annexes ; l'utérus est bien mobile.

Hystérométrie : Isthme largement ouvert ; sensibilité du fond de la cavité utérine à la pression. Longueur totale 10 centim. Il sort quelques gouttes de sang quand on retire l'hystéromètre.

Le curettage d'exploration ramène une muqueuse épaissie et facile à détacher.

Diagnostic : Sub-involution, endométrite cervico-utérine de forme hémorrhagique avec ectropion double.

20 *juin* : M. Chéron fait le curettage sans abaisser l'utérus ; il excise les deux ectropions, fait un lavage de la cavité à l'acide phénique et place immédiatement un drain en anse.

Pansement iodoformé.

Le pansement est changé tous les trois jours, il se fait un léger suintement sanguinolent, puis séreux.

Le 17 juillet, il ne s'écoule plus rien, le drain est retiré. Il n'a jamais provoqué de douleurs.

Le 26 juillet, la malade quitte le service dans un état très satisfaisant. Elle a pris de la force, de l'appétit ; la marche est facile, sans douleur.

La longueur de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de 7 centimètres 1/2.

A sa sortie, la malade n'a pas encore eu ses règles.

OBSERVATION V

Endométrite cervico-utérine. Hydrosalpingite gauche. — Curettage. Drainage.— Guérison.

La nommée Léonie Gr..., âgée de 29 ans, entre à Saint-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 16 mars 1892.

Diagnostic du dispensaire : Métrite. Elle a été réglée à 15 ans toujours irrégulièrement ; ses règles ne paraissent pas à date fixe et durent 8 jours.

Déflorée à 17 ans ; depuis elle a d'abondantes pertes blanches.

A l'âge de 20 ans elle vient à Saint-Lazare pour un chancre syphilitique ;

A 24 ans, elle fait une fausse couche de 4 mois ;

A 27 ans, elle accoucha d'un enfant mort-né. Pendant toute la durée de la grossesse son ventre a été énormément distendu et elle a perdu l'eau (Hydramnios).

Elle se plaint de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Elle a presque tous les mois des crises très douloureuses cessant après l'écoulement par le vagin d'un liquide clair et n'empesant pas le linge.

Examen local : Du côté des organes génitaux externes : Déchirure incomplète du périnée ; traces de syphilides vulvaires.

Toucher : Utérus gros, normalement situé ; le fond et les angles

utéro-tubaires sont douloureux à la pression ; les lèvres du col sont en ectropion.

L'hystéromètre donne 9 centimètres de longueur, il sort un peu de sang quand on retire l'instrument.

Le toucher ne révèle rien d'appréciable dans le cul-de-sac droit, ni en avant, ni en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas.

A gauche de l'utérus, on trouve une masse arrondie, rénitente, située assez haut et du volume d'une grosse mandarine.

Diagnostic : Endométrite cervico-utérine ; sub-involution ; double ectropion ; hydrosalpinx gauche probable.

Pansements glycéro-iodoformés et injections chaudes durant tout le mois d'avril.

Après un mois de ce traitement, la malade est un peu améliorée.

Le 30 avril, elle est prise d'une crise de douleurs salpingiennes ; elle perd environ un demi-verre d'eau claire. Le lendemain, la trompe gauche avait diminué de volume ; elle ne semblait pas plus grosse que comme un marron ; les jours suivants, la trompe diminue encore de volume.

Le 10 mai, M. Chéron fait la dilatation métallique extemporanée et le curettage sans abaissement. Il touche la cavité avec de la glycérine créosotée, et met en place immédiatement après un drain en anse en crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Il se fait un écoulement séreux qui oblige de changer le pansement tous les jours.

A partir du 19 mai, on ne change le pansement que tous les trois jours.

La malade n'a plus souffert ; les suites de l'opération ont été normales.

6 juin. — Le drain est retiré. La trompe gauche s'est complètement vidée ; la tumeur qui remplissait le cul-de-sac gauche n'existe plus ; la trompe est grosse comme une petite plume d'oie. Les coliques salpingiennes n'ont pas reparu, et la trompe gauche ne s'est pas remplie de nouveau.

La malade sort le 8 juillet 1892.

Cette malade est revenue dans le service en février 1893 pour une uréthrite, la guérison s'était maintenue ; les crises anciennes n'avaient plus reparu et au toucher on ne sentait plus la tumeur qu'un an auparavant nous avions pu toucher à gauche.

OBSERVATION VI

Endométrite. — Salpingo-ovarite et périmétrite. — Curettage. — Guérison.

La nommée G.... (Louise), âgée de 21 ans, entre à Saint-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 27 septembre 1892.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite. Elle a été réglée à 13 ans peu abondamment. Depuis quatre ans elle a des pertes verdâtres abondantes et des douleurs dans les reins et dans le ventre.

Il y a un an elle entra à la Charité pour des douleurs de ventre et pour ses pertes verdâtres. On la soumit au repos au lit, aux injections chaudes, aux pansements glycéro-tanniques. Elle fut assez rapidement soulagée et quitta l'hôpital au bout d'un mois.

Mais depuis six mois elle a été reprise de douleurs dans le ventre avec une intensité beaucoup plus grande qu'auparavant. Elle a des pertes tachant le linge en vert. Elle perd aussi par mèches.

Elle n'a pas d'appétit ; elle est sujette aux nausées ; elle est très anémiée ; parfois elle a des frissons. La marche, qui est très difficile et très douloureuse, l'oblige à se tenir courbée.

Examen local : L'utérus est situé un peu à droite de la ligne médiane et enclavé dans une masse de pelvi-péritonite ; n'est pas mobile. Les essais de mobilisation éveillent immédiatement la douleur. Le toucher vaginal est pénible ; au toucher, les culs-de-sacs donnent une sensation d'empâtement ; on ne peut limiter ni les trompes ni les ovaires.

Diagnostic : Endométrite ; salpingo-ovarite ; périmétrite.

La malade est soumise au repos absolu au lit pendant les mois d'octobre et décembre ; on lui fait tous les jours une injection phéniquée très chaude, et dans l'intervalle on met dans le vagin un tampon glycéro-ichthyolé.

Au commencement de janvier 1893 les douleurs ont complètement disparu ; l'appétit revient ; mais l'examen local ne donne qu'une légère amélioration du petit bassin. Jamais de fièvre ; bon appétit, bon sommeil.

Le 25 janvier 1893, M. Chéron pratique sans abaisser l'utérus la dilatation extemporanée et le curettage de la cavité. Lavage au sublimé.

Pansement iodoformé tous les trois jours. Cette opération n'a pas réveillé les douleurs ; au bout de huit jours, on constate nettement que les masses de périmétrite qui entouraient l'utérus sont en voie de résolution.

Le 15 février l'utérus est déjà mobilisable sans douleur ; on sent déjà la trompe gauche augmentée de volume, rouler sous le doigt comme un cordon.

Le 14 mars. Réapparition des règles.

Le 23 mars, M. Chéron constate par le toucher que la masse de périmétrite est complètement résorbée. Les trompes ont à peu près leur volume normal, encore un peu douloureuses ; les ovaires semblent un peu augmentés de volume. Les culs-de-sac devenus libres sont dépressibles et presque pas douloureux.

La malade se lève, se promène, travaille. L'appétit est bon, les douleurs ont complètement disparu ; les forces reviennent. Elle quitte le service guérie le 5 avril 1893.

OBSERVATION VII (Résumée).

Endométrite cervico-utérine d'origine blennorrhagique. — Salpingite catarrhale double. — Curettage. — Drainage. — Guérison.

La nommée D. (Louise), 22 ans, entrée à Saint-Lazare le 18 novembre 1891.

Diagnostic du dispensaire : ulcération du col. Catarrhe utérin.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

Elle a été deux fois à Lourcine pour vaginite.

Souffre depuis deux ans de douleurs dans le bas-ventre, et sur les côtés, surtout à gauche. Marche péniblement.

Toucher. — Trompes grosses comme le petit doigt, douloureuses. L'ovaire n'est pas douloureux et ne semble pas augmenté de volume.

Longueur de l'utérus : 7 centimètres.

Spéculum. — Mèche muco-purulente sortant de l'orifice externe.

Traitement préparatoire ordinaire : 10 décembre. — Dilatation extemporanée ; curettage sans abaissement. Hersage du canal. Lavage de la cavité au sublimé ; attouchements à la glycérine créosotée.

Drainage au moyen du drain en anse. Pansement iodoformé.

Suites ordinaires. — Le drain est retiré le 5 janvier 1892.

Examinée le 10 février, les trompes sont redevenues normales, Pas de leucorrhée, pas de douleur. Marche facile. — *Guérison.*

OBSERVATION VIII (Résumée)

Ovaro-salpingite droite. — Salpingite catarrhale gauche. — Endométrite blennorrhagique. — Curettage. — Drainage. — Guérison.

Yvonne B..., âgée de 22 ans, entrée le 3 septembre 1892.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite. Réglée à 14 ans toujours bien.

Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre et dans les côtés ; les rapports sexuels douloureux.

Douleurs plus aiguës quelques jours avant les règles.

Toucher. — Grosseur du volume d'une noix dans le cul-de-sac droit.

A gauche, la trompe est dure et de la grosseur du petit doigt douloureuse à la pression.

Spéculum. Col gros ; sécrétion muco-purulente sortant de l'orifice externe.

Vaginite des culs-de-sac.

On fait le traitement de la vaginite pendant un mois.

Le 15 octobre. Dilatation à la laminaire.

Le 16 octobre. Curettage. La curette ramène des lambeaux de muqueuse ramollie.

Hersage du canal. Attouchements à la glycérine créosotée.

Drainage au crin de Florence.

Suites ordinaires. Le drain est retiré le 20 novembre.

La malade sort le 11 septembre 1892. La trompe gauche a repris son volume normal ; la tumeur qui siégeait dans le cul-de-sac droit est à peine perceptible et pas douloureuse.

OBSERVATION IX (résumée).

Endométrite chronique. — Salpingite catarrhale.— Curettage.— Drainage. Guérison.

La nommée Louise W..., âgée de 33 ans, entrée à Saint-Lazare, le 15 mai 1893.

Réglée à 15 ans sans douleur et régulièrement. Déflorée à 19 ans.

A 23 ans, elle fait un avortement de cinq mois.

Depuis un an elle se plaint de douleurs dans les reins, dans les fosses iliaques, sur le milieu du ventre.

Ses règles viennent d'une façon irrégulière peu abondamment, durent à peine un jour, et sont précédées de grandes douleurs dans la région lombo-sacrée.

Pertes blanches abondantes, venant par mèches.

Toucher. — On sent les deux trompes un peu augmentées de volume ; les ovaires sont normaux.

L'utérus est gros et mobile.

L'isthme est largement ouvert.

14 juin. — Dilatation à la laminaire.

15 juin. — Curettage.
Drainage.
Pansement à la gaze iodoformée.

12 juillet. — La malade sort guérie.

(*A suivre.*)

CAS DE PYOSALPINX

Traités par le drainage utérin avec grossesse consécutive,

Par le Dr Robert A. Murray

(*Suite et fin*) (1).

—

Obs. III.— *Gonorrhée, avortement au 3e mois ; pyosalpinx ; guérison ; grossesse consécutive.* — Mme B., actrice, 28 ans, mariée depuis trois ans ; me consulta pour une attaque grave de péritonite pelvienne due à une gonorrhée contractée de son mari. Rè-

(1) Voir notre avant-dernier numéro.

gles normales ; bons antécédents. Elle souffrait depuis deux mois de son infection gonorrhéique lorsqu'elle m'appela ; son mari avait encore un écoulement sous forme de goutte militaire. Ce cas fut grave, mais moins prolongé que le précédent, et fut traité suivant les mêmes règles, mais sans dilatation du col et sans curettage. Lorsqu'elle fut assez bien pour se lever, alors qu'il restait encore un peu d'augmentation de volume de l'utérus et un léger exsudat dans les trompes et dans le péritoine pelvien, elle reprit un engagement qu'elle dut abandonner au bout de trois mois, étant incapable de travailler, en raison des douleurs abdominales qui persistaient. L'examen physique montra alors que l'utérus était augmenté de volume, en position normale, mais absolument fixé par un volumineux exsudat situé sur le côté droit, très sensible au toucher ; il existait des pertes purulentes abondantes. Repos au lit ; vésicatoires volants sur l'abdomen, répétés à de courts intervalles ; douches chaudes et émollientes tant que la douleur persista ; applications d'iode dans les culs-de-sac, suivies de pansements glycéro-boriqués. L'utérus diminua de volume, ainsi que l'exsudat ; on put reconnaître la trompe distendue et douloureuse, le col petit et une leucorrhée profuse. La malade fut alors éthérisée, on dilata le canal cervical, on fit le curettage de la cavité utérine soigneusement, mais sans violence, puis un lavage phéniqué suivi d'une application sur l'endomètre d'acide phénique concentré ; enfin, injection vaginale antiseptique. Pas de réaction, disparition de la fièvre et de la douleur. Tampons vaginaux de glycérine boriquée tous les trois jours et massage de l'exsudat suivi d'un flot de pus par l'utérus. Amélioration telle que la malade put reprendre un autre engagement et faire un travail pénible, en continuant les douches chaudes et toniques deux fois par jour. Au bout de six mois, à la fin de la saison théâtrale, la malade était enceinte de trois mois environ, en très bonne santé. Avortement provoqué par une chute (œuf intact) à la fin du mois. Convalescence normale, sans complications. Un an après, nouvelle grossesse et délivrance sans aucune complication puerpérale.

Obs. IV. — *Pyosalpinx consécutif à un avortement ; grossesse consécutive.* — Mme T., mariée, âgée de 22 ans. Octobre 1889. A toujours souffert de dysménorrhée ; a eu une fausse couche trois mois après le mariage ; attaque de péritonite puerpérale consécutive. Je la vois, avec le Dr A., trois mois après ; utérus volumineux, en subinvolution, exsudat très sensible sur les deux côtés de l'utérus qui est immobile : pertes purulentes profuses. Je propose la dilatation du col, le curettage de l'utérus et une antisepsie rigoureuse. C'est ce qui est fait. En outre, injection chaude, tampons glycéro-boriqués, qu'on est obligé d'appliquer dans la position génu-pectorale ; les tiraillements de l'utérus sur les trompes augmentées de volume causaient une telle douleur que la malade ne pouvait faire aucun exercice. La trompe se vida, comme disait le médecin de la malade, sans qu'on fît autre chose que laisser l'utérus perméable et permettre le drainage tubaire.

L'écoulement cessa peu à peu. Accouchement deux ans après, sans complication puerpérale ; santé excellente ; pas de dysménorrhée, pas de douleur pelvienne ; la malade a actuellement un enfant de trois ans environ très bien portant.

Obs. V. — *Péritonite puerpérale ; endométrite ; pyosalpinx.* Mme K., mère de cinq enfants ; chétive et très maigre ; âgée de 32 ans. 1er mai 1886. Je fus appelé en consultation près d'elle, un mois après son dernier accouchement, pour une grave attaque de péritonite puerpérale : température, 104° ; pouls, 136 ; respiration, 32 ; ventre ballonné ; pouls petit, compressible et irrégulier ; pertes vaginales fétides ; utérus gros et mollasse, volumineux exsudat fixant l'utérus ; les deux côtés du bassin durs et très sensibles. Après une douche antiseptique de bichlorure à 1|3000, j'introduisis le doigt dans l'utérus et je retirai des morceaux de placenta adhérents, d'une odeur presque gangreneuse.

La malade était si bas — un autre consultant avait refusé, le matin même de faire quoi que ce soit — que ce n'est qu'avec le pronostic le plus mauvais que j'essayai de la sauver. Curettage soigneux après une douche vaginale et utérine, nouveau lavage de la cavité utérine jusqu'à ce que le liquide de l'injection

ressorte clair et sans odeur, la malade étant opérée dans son lit. Toutes les trois heures, brandy et beef-the ; digitale et strychnine, par la voie hypodermique, à petites doses, répétées jusqu'à ce que l'estomac pût garder les aliments. Amélioration graduelle de l'état général. Disparition de la fièvre et diminution de volume de l'utérus sous l'influence des injections utérines et vaginales. Il persistait un écoulement purulent qui ne pouvait venir que de la trompe, l'utérus ayant été nettoyé avec soin. Je remarquai qu'après l'injection la sensibilité était très diminuée et qu'en faisant, aussitôt après, un examen bimanuel et en pressant sur l'exsudat des deux côtés, je déterminais un écoulement de pus à travers l'utérus. Toute fétidité ayant disparu et la douleur étant devenue supportable j'appliquai sur le col et dans les culs-de-sac des tampons de coton hydrophile recouverts d'acide borique en poudre, après avoir donné une injection vaginale et avoir fait un massage léger des exsudats vers l'utérus. Ces tampons étaient changés toutes les vingt-quatre heures, la garde les retirant et faisant une injection avant ma visite. Ces tampons amenèrent un tel soulagement que la malade put se mouvoir librement dans son lit, se lever et aller à la selle sans douleur. Après une quinzaine de jours de ce traitement, les tuméfactions formées par les trompes et les ovaires, englobés dans les fausses membranes avaient tellement diminuée, ainsi que l'écoulement, que l'on ne changea plus les pansements que tous les deux jours. Dès lors l'amélioration fut rapide. La malade reprit sa santé et, à l'été, put voyager en Europe. Je lui donnai de nouveau mes soins en juin 1888, pour un dernier accouchement, il y a actuellement 5 ans ; il n'y eut aucune complication puerpérale.

Obs. VI.— *Dipthérie puerpérale de la vulve, du vagin et de l'utérus ; endométrite ; pyosalpinx ; guérison ; grossesse consécutive sans complications.* — Mme G., 23 ans, mariée depuis 2 ans ; menstruation normale. Je la vis en consultation, le huitième jour, avec le Dr B., qui l'avait délivrée de deux jumeaux, à 7 mois. Malade très affaiblie ; abdomen tympanique et douloureux ; teint terreux. Température 100 3/4° ; pouls, 128, petit et irrégulier ;

respiration, 30. L'examen local montra l'existence d'une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au sphincter, couverte d'une membrane grisâtre diphtéritique. Lochies sanieuses, d'odeur infecte. Injection antiseptique. A l'examen bimanuel, déchirure bilatérale du col ; utérus augmenté de volume, sensible ; des deux côtés, large exsudat fixant la matrice. Le doigt introduit dans l'utérus, qui était largement ouvert, perçut des fragments de placenta, du sang décomposé, et il y avait un écoulement fétide. Injection intra-utérine chaude de bichlorure à 1/5000 ; curettage soigneux, et après introduction du spéculum, badigeonnage du vagin et du col, qui étaient couverts d'une membrane diphtéritique, avec de l'acide phénique et de la teinture d'iode à parties égales ; la même solution est appliquée sur la vulve ; tampon antiseptique. Sac de glace sur l'abdomen ; ergot, noix vomique et fer, lait et wiskey à l'intérieur. Après une première élévation de la température, abaissement progressif.

Pendant 10 jours, injection vaginale et intra-utérine deux à trois fois par jour jusqu'à ce que les membranes, ayant complètement disparu, on ne fit plus qu'une injection vaginale et un pansement à l'iodoforme sur les déchirures. Lorsque la malade fut en état de se lever, il restait encore un utérus dur, immobile, des trompes et des ovaires augmentés de volume et englobés dans des fausses membranes qu'on traita par des injections chaudes, des tampons glycéro-boriqués, de la révulsion sur l'abdomen et (la douleur empêchant tout exercice) par l'électricité galvanique. La résolution fut lente et comme, de temps en temps, surtout après la fatigue, il y avait un écoulement de pus par la matrice, la malade d'après le conseil de ses amis, consulta deux éminents gynécologistes qui furent d'avis d'enlever les trompes et les ovaires, sous peine de ne jamais voir son état s'améliorer, et ces organes étant à la fois sans utilité et dangereux. Elle revint me voir et la douleur ayant cédé au traitement, elle désira beaucoup un enfant, étant juive. Je la traitai pendant deux mois, je lui donnai des toniques, je maintins l'utérus bien dilaté et je fis faire régulièrement des injections vaginales. A l'été, elle se trouvait beaucoup mieux ; il n'y avait presque plus d'é-

coulement, l'utérus était devenu plus mobile, les trompes moins sensibles, je conseillai alors de s'en tenir aux toniques et de cesser tout traitement local. La santé se rétablit et elle vint me trouver, il y a deux ans, étant enceinte de sept mois, inquiète au sujet de son accouchement. Je la délivrai, au forceps, d'un gros garçon de neuf livres ; il n'y eut aucune complication et le bassin est normal. Excellente santé, ces trois dernières années.

De ces faits — et sur ces six cas, trois ont été vus par d'éminents spécialistes qui ont déclaré que l'opération seule pourrait amener la guérison — et de la pratique des nombreux gynécologistes qui curettent l'utérus sous le couvert de l'antisepsie, quelque temps avant de faire la cœliotomie, et cela avec de bons résultats, même dans les cas de pyosalpinx, je crois qu'on est en droit de tirer les *conclusions* suivantes :

1° Beaucoup de cas de pyosalpinx sont curables, sans opération mutilante, si on traite l'endométrite par le curettage et le drainage, avec des précautions antiseptiques rigoureuses.

2° Le véritable drainage du pyosalpinx dans l'utérus est possible et se produit lorsque les annexes sont sur le même niveau que l'utérus et que l'orifice utérin des trompes est béant ou peut être rendu tel en traitant l'utérus.

3° Le curettage et le drainage utérins doivent être pratiqués dans chaque cas avant l'opération, à moins que les trompes ne soient très distendues et très amincies, dans le but de guérir l'endométrite, qui peut déterminer et qui en fait détermine souvent des accidents et empêche la guérison après l'ablation des organes.

4° Même dans le cas de pyosalpinx, souvent les trompes et les ovaires continuent à être des organes utiles, comme le prouve la grossesse consécutive (1), et les suites de couches sont normales.

(1) Je viens de recevoir la nouvelle d'une seconde grossesse heureusement terminée par un accouchement à terme, sans complications, chez une des malades dont j'ai déjà publié l'observation dans mon mémoire sur les *Grandes névralgies pelviennes*, paru dans ce journal, l'année dernière, (obs. I de ce mémoire) ; on voit combien il est imprudent d'affirmer à une personne qui a eu une double pyosalpingite qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfants et que ses trompes ne sont plus que des organes inutiles

5° Ce n'est qu'après avoir essayé un traitement approprié, et si les trompes, les ovaires et l'utérus restent adhérents et menacent la santé et la vie, qu'on doit en arriver à pratiquer l'opération radicale.

6° C'est un fait d'observation dans les maternités qu'il existe très peu de cas de complications puerpérales dues à l'existence antérieure d'un pyosalpinx.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1894.

HYSTÉROPEXIE VAGINALE ANTÉRIEURE.

M. Le Dentu fait un rapport sur un travail de M. Pichevin relatif à l'hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines.

Cette opération, réalisée pour la première fois par Mackenrodt et Dührssen a une grande vogue en Allemagne. M. Pichevin, remarquant que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descend parfois sur la face antérieure du col, au lieu de s'arrêter au-dessus du niveau de l'orifice interne, recommande de prolonger le décollement du péritoine aussi haut que possible, en avant du corps de l'utérus, afin d'éviter qu'une anse intestinale soit traversée par les fils fixateurs. D'autre part, M. Pichevin, ayant remarqué que les tractions sur le col, après la dissection de la vessie, allongeaient beaucoup l'utérus, a adopté, en la modifiant, la pince hystéromètre de Orthmann.

Sur deux malades opérées par ce procédé, l'utérus a parfaitement gardé la position où il avait été fixé.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

---

et dangereux. Les faits de ce genre se multiplient du reste tellement que les assertions de Lawson Tait sur la stérilité due aux inflammations des trompes ne devraient plus trouver désormais de crédit auprès des gynécologistes instruits. (*Note du traducteur.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1894.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE CERTAINES DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME.

M. Bouilly fait une communication sur ce sujet. Il expose quelques réflexions sur certains symptômes fonctionnels particuliers, que l'on relève chez les femmes atteintes de lésions utérines. Lorsqu'on analyse la douleur en particulier, on sait qu'il est parfois difficile d'en découvrir la véritable cause ; quand il y a des lésions annexielles, ces dernières peuvent être incriminées ; mais, lorsque celles-ci n'existent pas, il n'est pas toujours aisé d'établir si l'utérus ou le système nerveux doit être mis en cause dans la pathogénie des phénomènes douloureux.

Comme types de métrites indolentes on peut citer l'endométrite cervicale, la métrite hémorragique et la plupart des métrites sans lésions des annexes : dans ces cas, il n'y a pas de douleurs véritables.

Au contraire, celles-ci sont fréquentes dans les métrites du col après déchirures, dans les métrites avec éversion du col, et dans les cas où une déchirure ancienne s'est cicatrisée en produisant un tissu de sclérose ; de même, on les observe souvent lorsqu'il y a simultanément endométrite du col et du corps et surtout lorsque se trouvent réunis la déchirure du col, le prolapsus utérin et la déchirure du périnée.

Ces trois lésions prennent part, chacune d'elles, au développement et à la genèse des troubles fonctionnels qui, dans ces cas, affectent un cachet particulier et se caractérisent principalement par des douleurs lombaires et sacrées avec irradiations vers les cuisses, par l'impossibilité de garder longtemps la station debout et par la grande difficulté d'une marche prolongée. Ces phénomènes morbides auxquels s'ajoutent des accidents dyspeptiques et nerveux divers, existent d'une façon permanente sans présenter des poussées aiguës comme dans les cas de lésions des annexes.

Lorsqu'on se trouve en présence de ces malades, chez lesquelles l'examen direct fait constater, les annexes étant saines, la déchirure du col éversé, le prolapsus utérin, qui, souvent, est

peu prononcé, et la déchirure du périnée, il y a une thérapeutique à mettre en pratique. Il ne faut pas, en effet, se contenter de traiter l'une ou l'autre des lésions ; il faut, dans la même séance, pratiquer le curetage, l'amputation du col et la colpo-périnéorraphie. C'est ainsi que M. Bouilly a agi avec succès sur dix-sept femmes ; en pareille circonstance, il y a trois lésions qui concourent à créer l'état morbide ; c'est à chacune d'elles qu'il faut s'attaquer. Si, en même temps, il existe un état de ptose général, on conseillera avec avantage le port d'une ceinture.

M. Championnière demande à M. Bouilly s'il vise, dans sa manière d'agir, les cas où il existe un prolapsus considérable et des altérations annexielles.

M. Bouilly n'a en vue, dans cette communication, que les faits dans lesquels on ne constate ni salpingo-ovarite, ni prolapsus utérin énorme, lequel, lorsqu'il est isolé, est, d'ailleurs, souvent presque indolent.

M. Pozzi pense que, chez beaucoup de malades, les phénomènes douloureux doivent être rapportés à la métrite chronique, et que, dans ce cas, l'important est de faire le curetage et l'amputation du col. Quant à la périnéorraphie elle est secondaire ; toutefois, elle est utile en ce sens qu'elle peut prévenir le retour des accidents.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

Séance du 29 mai.

BACTÉRIOLOGIE DES SUPPURATIONS PELVIENNES,

Par MM. Terrier, Quénu, Segond, Lucas-Championnière.

M. Terrier fait un rapport sur le travail de MM. Hartmann et Morax relatif à la bactériologie des suppurations péri-utérines, que nous avons déjà longuement analysé. Il en tire cette conclusion qu'en face des suppurations tantôt stériles, tantôt renfermant des microorganismes pyogènes virulents, il est impossible d'adopter un traitement uniforme des plaies. Il faut pratiquer pendant l'opération même un examen microscopique rapide du pus, et se conduire d'après les résultats de cet examen. Si le pus est stérile on peut fermer complètement la plaie abdomi-

nale ; en cas contraire, il est indiqué de faire le drainage de la plaie, pour le supprimer quand les sécrétions qui s'écoulent par le drain deviennent stériles. C'est en suivant cette pratique que M. Terrier a obtenu des résultats très satisfaisants dans son service de l'hôpital, à savoir 1 cas de mort sur 70 laparotomies faites depuis le 1er janvier 1893.

M. Quénu a également fait l'examen bactériologique des annexes qu'il avait eu l'occasion d'extirper depuis la communication de M. Hartmann. Le contenu était stérile dans un kyste hématique de l'ovaire, dans deux hématosalpinx et dans trois abcès de la trompe ; il renfermait des staphylocoques dans un 4e cas d'abcès de la trompe. Comme M. Hartmann, M. Quénu retire le drain quand il constate que les sécrétions qui s'écoulent sont stériles.

Sur 40 laparotomies pour lesions annexielles M. Quénu n'a perdu qu'une seule malade dans des conditions assez singulières. Il s'agissait d'une fille de 27 ans, vierge à habitus tuberculeux, souffrant du ventre depuis l'âge de 18 ans. De plus elle était sujette à une leucorrhée intense. A un moment donné on lui avait fait le curetage utérin qui n'eut aucun succès, et comme les douleurs du ventre continuaient de plus en plus fortes, M. Quénu fit la laparotomie et enleva les trompes bosselées ayant l'aspect des trompes tuberculeuses. Pendant 2 jours tout alla bien, mais au 3e la malade fut prise d'une fièvre violente avec dyspnée croissante et succcomba dans l'espace de 24 heures, très probablement à une congestion pulmonaire d'origine grippale.

L'examen microscopique des trompes et du poumon fait par M. Metchnikoff montre la présence de grosses cellules pigmentaires renfermant des corps ovalaires pigmentés ayant tous les caractères des hématozoaires.

M. Lucas-Championnière trouve que les recherches de MM. Hartmann et Morax ont un intérêt purement théorique. Personnellement, M. Championnière ne fait jamais de drainage, qu'il s'agisse des lésions suppurées ou non, et ses 260 laparotomies ne lui ont donné qu'une mortalité de 2 1/2 p. 100, c'est-à-dire inférieure à celle de la plupart des chirurgiens.

M. Terrier fait le drainage, non pas toujours à cause du pus, mais parce que souvent il existe des adhérences intimes entre les annexes et l'intestin qui est forcément touché, abrasé, peut-être

microscopiquement perforé pendant l'opération. Dans ces conditions M. Terrier n'ose pas fermer hermétiquement le ventre.

M. Segond est du même avis que M. Terrier. Dans un cas de salpingotomie en apparence simple il survint au bout de 3 jours une fistule stercorale par perforation de l'intestin. Heureusement on avait laissé un drain et la malade a pu guérir.

M. Lucas-Championnière trouve qu'il s'agit là de nouvelles indications du drainage qui n'ont rien à voir avec les indications pour suppuration.

(*La Tribune méd.*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 12 *mars* 1894.

M. J. Voisin a entrepris à la Salpêtrière des recherches sur les organes génitaux des filles idiotes ou imbéciles.

On sait que MM. Bourneville et Sollier ont fait des recherches semblables il y a quelques années, chez les garçons idiots et imbéciles. Ils avaient constaté chez eux le retard considérable de la puberté, la cryptorchidie, la monorchidie, l'hermaphrodisme : anomalies qui sont des stigmates de dégénérescence.

Les recherches de M. Voisin ont porté sur 150 malades.

Chez elles la puberté ne subit pas de retard, mais dans 75 % des cas les organes génitaux présentent des anomalies, qui ont surtout pour siège le capuchon du clitoris, les petites lèvres et l'hymen.

Le capuchon du clitoris est très développé et présente de nombreux plis. Les petites lèvres sont aussi très volumineuses, en forme de drapeau ou de tablier. Souvent elles ont des plis supplémentaires, surtout d'un côté, celui de la main agissant dans la masturbation. De ce côté aussi, la pigmentation est plus accentuée. L'hymen a fréquemment une forme labiée avec des plis plus ou moins nombreux qui pourraient, à un examen superficiel, faire croire à des végétations.

Un quart environ des filles idiotes ou imbéciles sont déflorées par la masturbation.

Comment distinguer cette défloration due à l'onanisme de la défloration due à un viol ?

M. J. Voisin pense qu'à la masturbation appartiennent irréfu-

tablement les signes suivants : déchirure de l'hymen d'un seul côté ; adhérence de cet hymen à la petite lèvre du même côté par du tissu cicatriciel, existence de plusieurs plis sur cette petite lèvre, sa pigmentation plus marquée avec hypertrophie parallèle.

Dans le viol, l'intromission du membre viril produit d'autres désordres. En général l'hymen est déchiré en plusieurs points, il n'y a pas d'adhérence de la membrane à la petite lèvre, au niveau de ces déchirures, enfin l'hymen revient sur lui-même, se rétracte et présente de petites caroncules libres dans le vagin.

(*Rev. de thérap. méd. chir.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 10 *janvier* 1894.

—

KYSTE DU VAGIN. — ÉNUCLÉATION.

M. Rendu présente, à cause de sa rareté clinique, un kyste du vagin, qu'il vient d'enlever chez une femme de 36 ans. Ce kyste, du volume d'un œuf de poule, placé dans la paroi vésico-vaginale, sur la ligne médiane, faisait saillie à l'orifice vulvaire dans les efforts que faisait la malade.

Après incision de la muqueuse vaginale, il fit l'énucléation de cette tumeur, qui contenait un liquide aqueux, incolore. Il croit que ce mode opératoire est préférable à celui qui consiste à exciser une tranche de la muqueuse et du kyste et à suturer les deux parois, de façon à maintenir béante la cavité kystique.

GROSSESSE TUBAIRE AVEC RUPTURE DU KYSTE ET HÉMATOCÈLE.

M. Bert, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques provenant d'une malade du service de M. Drivon, opérée par M. Jaboulay. Elle était entrée à l'Hôtel-Dieu avec une péritonite généralisée, dont le début remontait à dix jours. M. Jaboulay fit le diagnostic hématocèle et, en raison des symptômes graves mettant en danger la malade, fit sur-le-champ une laparotomie ; l'incision était parallèle à l'arcade de Fallope et à quatre travers de doigt au-dessus. Le péritoine incisé, il s'écoula une grande quantité de sang noirâtre mélangé à des

caillots et, au centre de ces caillots, un petit embryon de quatre semaines.

Cette observation est intéressante au point de vue de la pathogénie des hématocèles qu'on tend actuellement à attribuer à des grossesses extra-utérines. Généralement on n'a pas une démonstration aussi évidente.

M. Mayet rappelle qu'il a présenté, il y a vingt-cinq ans, un kyste dû à une grossesse extra-utérine ayant déterminé un hématocèle ; cependant il n'avait pas retrouvé aussi nettement l'embryon.

M. Delore ne conteste pas la fréquence des hématocèles à la suite de grossesses extra-utérines, mais il croit qu'on a tort de trop généraliser. Il a observé des hématocèles chez des femmes non enceintes et n'ayant pas eu de rapport sexuels. La menstruation peut, en effet, être une cause d'hématocèle.

UN CAS DE DÉCIDUOME MALIN.

M. Paviot, interne des hôpitaux. — J'ai l'honneur d'apporter à la Société un nouveau cas de déciduome malin qui, tout en ayant présenté une allure clinique différente des cas précédemment publiés et de celui de M. Josserand, n'en est pas moins un déciduome indéniable au point de vue histologique.

Nous l'avons rencontré au mois de janvier 1892 ; nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Aubert. Nous l'avons étudié, en le rapprochant des cas épars dans la littérature médicale allemande, dans un mémoire qui, depuis le 24 août 1893, attend, dans les cartons des *Archives de physiologie*, les honneurs de la publication.

Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans. Elle présentait, depuis treize ans, des ménorrhagies et des métrorrhagies abondantes, elle avait même subi, il y a neuf ans, à la Charité, une intervention par le vagin ; les hémorrhagies diminuèrent sans s'arrêter totalement ; mais, depuis six mois, une cachexie rapide l'avait fait se présenter à l'hôpital de la Croix-Rousse. C'est de là qu'elle est envoyée au troisième étage des Chazeaux comme fibrome utérin devenu malin sans intervention possible.

Elle se présente, en effet, avec un utérus enclavé, immobile, volumineux, ne dépassant cependant pas le détroit supérieur ;

masses dures, mobiles à la face profonde de la paroi abdominale, disséminées dans tout l'abdomen.

Elle meurt au bout de trois semaines de séjour.

L'utérus ne forme plus qu'une grosse masse ovoïde du volume d'une grosse tête de fœtus, noyaux de généralisation nombreux dans le péritoine et le mésentère, deux noyaux pleuraux et un noyau pulmonaire, généralisation nodulaire au foie, et même noyau, du volume d'un gros pois, dans la paroi du ventricule gauche du cœur.

La tumeur utérine est nettement formée de deux portions : l'une, supérieure, est solide à la coupe, son aspect assez spécial fait que M. Bard, qui fit l'autopsie, nous conseilla d'en approfondir l'étude. La portion inférieure est kystique, mais formée de kystes nombreux, à paroi fibreuse ; les uns ont un contenu liquide quoique granuleux, les autres contiennent un magma d'aspect caséeux, ces derniers sont les plus petits, quelques-uns de ces kystes ont eu des hémorragies à l'intérieur.

A l'examen histologique, ces kystes étaient tapissés par un épithélium cylindrique ou cubique, formant sur la coupe une ligne continue. Sur une de nos préparations nous avons pu voir cette formation kystique en un point où elle était récente et constater qu'elle était purement adénomateuse et semblable à la constitution élémentaire d'un polype muqueux.

Pour la portion supérieure de la tumeur, c'est un tissu contenant, dans un feutrage délié connectif de grandes cellules à un ou deux noyaux, à énorme protoplasma granuleux ; les unes sont ovoïdes, les autres fusiformes ou triangulaires, suivant le degré de compression ; certaines de ces cellules esquissent des prolongements protoplasmiques, les uns bien nets, d'autres n'étant peut-être qu'un étirement dû à la compression, mais rappelant, en somme, les prolongements en cellules déciduales de la caduque ; néanmoins, on était immédiatement frappé par les dimensions énormes, colossales de ces cellules, qui atteignaient, pour la plupart, la dimension d'un myéloplaxe des tumeurs osseuses à myéloplaxes. Dans les noyaux de généralisation, c'étaient ces mêmes cellules démesurées, surtout dans le foie où le tissu de l'organe leur laissait un développement plus libre.

La coïncidence de ces deux tumeurs de nature différente donne dans notre cas un caractère d'individualisation plus nette du dé-

ciduome. Nous avons, dans une de nos préparations, figurée d'ailleurs, côte à côte les cellules déciduales qui s'avancent en coin dans une paroi séparant deux kystes, et les cellules prismatiques de l'adénome kystique revêtant les deux faces de la paroi. Et, d'ailleurs, les noyaux de généralisation nous ont montré de suite que la tumeur maligne était la tumeur à grandes cellules, car nulle part on n'y voit de cellules prismatiques, ni de formation tubulaire.

En présence de ces résultats histologiques on ne peut plus nets, nous avons cru interpréter les faits cliniques observés chez la malade de la façon suivante : polype ou adénome bénin évoluant depuis treize ans, pour lequel la malade subit à la Charité, une intervention qui n'est pas radicale ; l'adénome à évolution kystique continua son envahissement ; entre temps la malade dut avoir une fausse couche qui passa inaperçue au milieu des hémorrhagies qu'elle était habituée à avoir sans trop s'en inquiéter, fausse couche provoquée par la présence même de la tumeur adénomateuse, et c'est la caduque de cette grossesse qui devient le point de départ de la seconde tumeur, maligne celle-ci, et éminemment généralisée, car la malade n'eut pas d'enfant.

Il est à souhaiter que l'examen histologique de tous les cancers du corps de l'utérus soit fait, au moins chez les femmes qui sont encore à la période génitale de leur vie, et maintenant que l'attention est attirée du côté des tumeurs déciduales, peut-être verra-t-on que les cas de déciduomes malins sont moins rares qu'on ne pense.

(D'après le journal *la Province Médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTPELLIER.

Séance du 3 *janvier* 1894.

DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT DANS L'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE.

M. Puech communique une observation d'albuminurie gravidique qui lui paraît propre à justifier la conduite préconisée par quelques accoucheurs dans certains cas, et qui consiste dans la provocation de l'accouchement prématuré.

Il rappelle tout d'abord combien la question est controversée. Tandis que, en effet, les uns repoussent toute intervention obstétricale, d'autres admettent que dans certaines circonstances il est parfaitement légitime d'interrompre le cours de la grossesse.

L'albuminurie ne doit pas être envisagée au seul point de vue de ses rapports avec l'éclampsie. Il faut encore songer aux autres conséquences qu'elle peut entraîner et pour la mère et pour l'enfant. Pour la mère, c'est, dans l'avenir, la menace d'une néphrite, par suite de la durée et de la persistance du fonctionnement irrégulier du rein. — Pour l'enfant, l'albuminurie est bien souvent la cause de la faiblesse congénitale et de la mort dans la cavité utérine, par suite de la production dans le tissu placentaire d'hémorrhagies interstitielles, d'apoplexies, qui en détruisent les villosités et, partant, mettent entrave au rôle dévolu au placenta, ou bien encore elle détermine la formation entre l'utérus et le placenta d'épanchements sanguins, qui provoquent le réveil des contractions utérines ; d'où accouchement avant terme et même avortement.

Dans l'observation que M. Puech communique, il s'agit d'une jeune primipare, arrivée au commencement du huitième mois d'une grossesse, qui jusque-là avait évolué normalement. Il y a deux trois jours seulement que des vomissements se sont produits après le repas, en même temps que des maux de tête. La malade avait observé que le matin au réveil elle avait le visage et les paupières bouffis ; dans ces derniers temps aussi, la lecture avait dû être interrompue par suite du passage devant les yeux d'un nuage obscurcissant la vue. L'histoire du passé pathologique apprit en outre un détail important : dans le jeune âge, Mme X... a eu une scarlatine, à la suite de laquelle elle a été soignée pendant quelque temps pour une albuminurie.

L'exploration obstétricale montra que l'abdomen était occupé par un utérus gravide ayant les dimensions ordinaires d'un utérus au huitième mois de grossesse. L'enfant, bien vivant, présentait le sommet en G. A.

L'examen des urines, qui doit être pratiqué chez toute femme enceinte, s'imposait plus particulièrement encore dans le cas présent. Comme on devait s'y attendre, après les renseignements fournis par l'interrogatoire, il apprit que les urines renfermaient de l'albumine en notable quantité (7 gram. par litre).

Dès cette constatation (6 novembre), la malade fut soumise au régime lacté absolu. On prescrivit, en outre, du benzonaphtol, à la dose de 1 gr. 50. Des frictions sèches furent faites sur tout le corps, sauf sur l'abdomen. Petites promenades quotidiennes au bon du jour.

Sous l'influence de ce traitement, une réelle amélioration des phénomènes subjectifs sembla se produire : le lait, pris aux doses de trois litres et demi environ, est bien toléré, les céphalées et les troubles de la vue ont disparu.

Mais cette amélioration ne persiste pas : le 12 novembre, vers les deux heures de l'après-midi, se déclare brusquement une douleur très vive du côté gauche de l'abdomen, avec irradiations dans les lombes ; la malade se plaint en outre de nausées et de maux de tête. L'exploration de l'abdomen montra que l'utérus était dur, comme tétanisé ; à gauche, en un point situé près du fond de l'utérus, la palpation réveille de la douleur. Il n'y a aucune modification du côté du col, qui conserve toute sa longueur. Les bruits du cœur sont toujours perçus à gauche, quoique plus obscurs que lors du premier examen. Céphalées, vomissements étaient l'indice d'une petite poussée urémique ; les phénomènes notés du côté de l'utérus furent rapportés à une hémorrhagie intra-utéro-placentaire. — Repos au lit ; 4 gram. de chloral.

Quoiqu'on pût s'attendre à un accouchement prématuré, la nuit se passa sans incident. Le lendemain, la douleur utérine persistait, mais moins vive ; il y avait un peu de détente dans l'état général. A la médication prescrite plus haut, on ajoute 4 gram. de lactate de strontium et 6) centigr. de calomel. Les urines examinées ce jour-là étaient plus fortement albumineuses que lors du premier examen : la surface du dépôt atteignait le trait U du tube d'Esbach.

Sous l'influence du repos au lit, les phénomènes qui s'étaient produits du côté de l'utérus disparurent complètement. Le lait est pris à la dose de 4 litres par jour. La miction est assez abondante (2 litres environ). — Le 18, le calomel est encore administré.

Cependant l'albumine persiste encore en quantité aussi abondante : l'examen, fait le 21 fournit les mêmes résultats que l'examen antérieur. Aussi bien que l'état général parût assez bon à

ce moment, en raison de l'insuccès du régime lacté et de l'aggravation de la néphrite, M. Puech se posa la question de l'accouchement prématuré : le cas tombant dans le domaine de la médecine, M. le professeur Grasset fut appelé à donner son avis. La consultation fut fixée au 25. A cette date, la situation avait changé.

Le 24, en effet, apparaissaient à nouveau des phénomènes d'intoxication éclamptique caractérisés par des vomissements, une céphalée violente, une douleur vive au creux épigastrique et de l'agitation. En même temps, l'anurie était presque complète. Sur le matin la malade a eu la sensation de mouvements tumultueux exécutés par le fœtus. A 10 heures, l'auscultation fit cependant encore percevoir les battements du cœur, mais faibles et mal frappés ; lors d'un second examen fait dans l'après-midi, l'auscultation fut absolument négative. — Potion avec 10 gram. de chloral ; 60 centigr. de calomel sont prescrits pour le lendemain matin.

Le 25, la malade se plaignait de douleurs dans le ventre, dues, ainsi que le démontra le palper, aux contractions de l'utérus. Il y avait encore des nausées, de la céphalée, et l'agitation persistait. Pas d'émission d'urines depuis la veille. Le travail était déclaré, quand la malade fut vue par M. Grasset ; la question de l'accouchement provoqué ne se posait plus : il n'y avait qu'à laisser aller les choses, en exerçant une surveillance attentive, de façon à intervenir, si quelque accident survenait. — Malgré les craintes, l'accouchement eut lieu sans incident : il se termina à 11 heures du soir par la naissance en présentation du sommet d'un enfant mort-né. Après une demi-heure, on pratiqua la délivrance : celle-ci s'opéra sans la moindre hémorrhagie. — Le placenta, petit, présentait les lésions caractéristiques du placenta albuminurique ; sur sa face fœtale existait en outre un caillot sanguin de couleur noire, ayant les dimensions d'un demi-œuf de poule.

Les suites de couches ont été excellentes : la température n'a pas dépassé 37°2 ; la montée de lait a eu lieu 20 heures après l'accouchement, c'est-à-dire 50 heures environ après la mort de l'enfant *in utero*. A ce moment aussi la malade a commencé à émettre un peu d'urine.

Le traitement dirigé contre la néphrite pendant la grossesse a

été continué après l'accouchement : le régime lacté en a constitué le fond. On y a joint l'administration du lactate de strontium à la dose de 3 gram. par jour, l'usage de purgatifs (eau-de-vie allemande), l'application à plusieurs reprises de ventouses sèches sur la région lombaire, les frictions sèches sur tout le corps. Eh bien ! malgré le traitement rigoureusement suivi par la malade, l'albumine persiste encore dans les urines. Les examens pratiqués régulièrement tous les huit jours après l'accouchement nous ont fourni les résultats suivants :

1er examen, albumine indosable par l'Esbach.
2e — — 7 gr.
3e — — 2 —
4e — — 3 —
5e — — 1 —
6e — — 1 —
7e — — 1 —

En résumé, voilà une jeune femme, chez laquelle on découvre, au cours du huitième mois d'une première grossesse, une albuminurie intense. Cette dernière résiste aux moyens dirigés contre elle et, en particulier, à un régime lacté sévère. Loin de diminuer, on la voit même augmenter jusqu'après l'accouchement survenu avant terme. Celui-ci a été précédé de la mort de l'enfant, tué par cette albuminurie. Un mois et demi après l'accouchement, l'albuminurie, quoique diminuée, persiste encore, indiquant, par sa ténacité, combien profondément le rein a été frappé.

Cherchant à tirer de ce fait les enseignements thérapeutiques qu'il peut fournir, M. Puech dit que cette observation peut servir à ceux qui, ne considérant l'albuminurie que dans ses rapports avec l'éclampsie, repoussent la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique : les grands accidents de l'éclampsie ont été évités ; et ce — sans doute — grâce au régime lacté. MM. Tarnier et Budin déclarent, en effet, qu'ils n'ont pas encore vu une albuminurique soumise pendant huit jours au régime lacté devenir éclamptique.

Mais, ainsi que le rappelait M. Puech au début de sa communication, l'éclampsie pour la mère n'est pas seule à préoccuper l'accoucheur, à qui l'examen des urines a révélé la présence de l'albumine : il doit aussi songer à l'avenir rénal de sa malade ; il

doit penser au sort de l'enfant menacé dans son existence par la production des hémorrhagies placentaires. Or l'un deviendra d'autant plus sombre, l'autre sera d'autant plus compromis que l'albuminurie durera plus longtemps. Lors donc que les agents médicaux dirigés contre l'albuminurie, et qui donnent d'excellents résultats en dehors de la grossesse, auront échoué, la terminaison de la grossesse, à laquelle est due la persistance de cette albuminurie, s'offre comme un moyen parfaitement légitime. On sera d'autant plus conduit à adopter cette manière de faire que la grossesse, au moment où la question de l'accouchement prématuré se posera, sera arrivée à une époque où la viabilité de l'enfant est assurée. En attendant le terme, on court le risque de voir l'albuminurie accomplir son œuvre néfaste et tuer le fœtus *in utero*.

L'observation qui précède montre combien ces craintes sont fondées et en ce qui concerne l'enfant et en ce qui concerne la mère. Elle vient aussi à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que dans certaines circonstances il est parfaitement légitime d'interrompre le cours de la grossesse. Que serait-il advenu de ce rein déjà si profondément altéré, si la grossesse avait encore parcouru le long mois qui restait avant d'avoir atteint le terme normal ? Si les événements ne s'étaient pas aussi rapidement précipités, si la mort de l'enfant n'était pas survenue aussi vite, n'aurait-il pas mieux valu, l'insuccès de la thérapeutique étant démontré, avancer le moment de l'accouchement, plutôt qu'attendre patiemment en exposant la vie du fœtus aux dangers qui la menaçaient ?

Instruit par ce fait, M. Puech, en terminant, se déclare partisan de l'accouchement prématuré dans certains cas d'albuminurie gravidique, les cas où, ainsi que le dit M. Pinard, une albuminurie grave existant, le régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins n'a donné aucun résultat, — l'albuminurie ne diminuant pas ou même continuant à faire des progrès.

(D'après le *Nouv. Montpel. médic.*)

REVUE DE LA PRESSE

UN CAS D'ACCOUCHEMENT CHEZ UNE MULTIPARE A L'INSU DE LA PARTURIENTE (1).

Nous avons signalé récemment un fait d'accouchement survenu à l'insu de la parturiente rapporté par M. le Dr Corin (de Liége). M. le Dr Maurice Laugier nous fait remarquer à ce propos que ce fait n'est pas unique, comme le croit son auteur, et il veut bien nous communiquer une note qu'il a lue sur ce sujet à la Société de médecine légale en 1891, note dans laquelle se trouve une observation à peu près identique à celle de M. Corin.

Le Dr Brunon (de Rouen) vient de publier, dans la *Normandie médicale*, une observation intéressante reproduite par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. C'est celle d'une femme de 22 ans, primipare, qui est accouchée sans s'en douter et qui n'a compris ce qui se passait qu'après avoir senti et vu la tête de l'enfant entre ses cuisses. Elle n'avait eu ni coliques, ni douleurs expultrices terminales ; les seules sensations éprouvées par elles avaient consisté en douleurs lombaires et pesanteur rectale et en un besoin irrésistible de défécation. Après une station de près d'une heure sur le siège des cabinets, elle allait se lever pour s'y rendre de nouveau, quand un besoin de même nature, mais plus violent encore, se fit sentir ; l'accouchement était presque terminé et la tête de l'enfant dépassait la vulve.

Plus instructive encore est l'observation qui fait l'objet de la présente communication, attendu qu'il ne s'agit plus d'une primipare, mais d'une secondipare, et d'un accouchement qui s'est produit sur un vase de nuit, à la façon d'une expulsion de garde-robe.

La malade en question était entrée le 9 janvier dans mon service, à l'infirmerie de la maison de Nanterre, où elle accompagnait son petit garçon atteint de la coqueluche : elle était enceinte de près de huit mois. Dans la matinée du 18 février, avant la visite, elle fut prise de coliques qu'elle attribua à ce qu'elle n'avait pas eu de selles depuis cinq jours. Elle réclama, et on lui administra un lavement simple ; mais ce lavement était à peine pris, que le besoin d'aller à la selle devint irrésistible ; elle n'eut que le temps de se lever et de saisir son va-

(1) Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

se dans la table de nuit. Au moment où elle s'accroupissait, le bras droit appuyé sur le bord de son lit, le fœtus fut expulsé, sans qu'elle eût poussé un cri, et tomba dans le vase, d'une hauteur de 50 centimètres environ, au milieu du liquide amniotique teinté par le sang et de l'eau de lavement mélangée à des matières fécales. Le cordon ombilical, qui n'était pas rompu,fut immédiatement lié et coupé. Quant à l'enfant, qui était quelque peu étourdi de sa chute et asphyxié par ces quelques secondes d'immersion, il fut rapidement lavé et frictionné, puis plongé dans un bain sinapisé ; la respiration ne tarda pas à se rétablir normalement, et il poussa ses premiers cris. Un quart d'heure après, le placenta était extrait sans dificulté. Tout était donc terminé en moins d'une demi-heure, et les suites de cet accouchement, à coup sûr peu communes, furent aussi simples pour la mère que pour l'enfant.

Cette observation, on le voit, diffère de celle du D[r] Brunon par un point très important ; nous voulons parler de l'absence complète de symptômes douloureux pendant la période de travail. Tandis que la primipare de Rouen avait été prise, quatre heures et demie avant d'accoucher, de coliques sur la nature desquelles elle s'était trompée, mais qui n'en étaient pas moins les signes précurseurs de la délivrance, la malade de Nanterre n'a absolument rien ressenti avant le quart d'heure qui a précédé l'expulsion fœtale : elle a été, jusqu'à la fin, sans se rendre compte de ce qui lui arrivait, bien qu'elle se sût à terme et qu'elle fût déjà accouchée trois ans auparavant, sans plus de souffrance et tout aussi rapidement. Ici, une réflexion s'impose. Si la femme en question, au lieu d'être accouchée dans une salle d'hôpital, où des secours immédiats ont pu être donnés à son enfant et à elle-même, s'était trouvée seule, la nuit, dans une chambre de bonne, l'enfant tombé, ainsi qu'on l'a vu, dans un vase rempli de liquide, pouvait certainement succomber à une véritable asphyxie par submersion, ou en cas d'asphyxie incomplète, à l'absence des soins indispensables à son retour à la vie. De même, si cette femme, aussi bien, du reste, que la primipare de Rouen restée, on se le rappelle, une heure dans les lieux d'aisances, s'était rendue dans un de ces cabinets que nous pouvons supposer pourvu, ainsi que cela se rencontre encore si souvent, d'un siège sans cuvette et à orifice béant, il y avait certainement des chances pour que le fœtus tombât directement dans la fosse. Que dans l'une ou l'autre de ces deux hypothèses, il se fût agi d'une fille-mère et d'une grossesse tenue secrète, il est certain que

la question d'infanticide prémédité se posait presque fatalement.

En résumé, ces deux faits contiennent, ce nous semble, un enseignement dont il est impossible à un médecin légiste de ne pas tenir compte. Ils prouvent une fois de plus, que, chez certaines femmes, les douleurs de l'accouchement peuvent être prises, jusqu'à la fin, pour un impérieux besoin de défécation, et l'observation de Nanterre aussi montre, en outre, que l'expulsion fœtale peut s'opérer, non pas seulement d'une façon à peu près instantanée — ce qui est de notoriété publique — mais en quelque sorte, à l'insu de la parturiente, et cela même, chez une multipare. La conséquence de cette erreur de tentative et de cet état d'inconscience ou d'ignorance de la femme en même temps que de cette rapidité de l'accouchement, c'est que l'enfant est exposé à tomber, soit dans un vase de nuit plein de liquide, soit dans une fosse d'aisances, et que sa mort survenue dans ces conditions serait de nature à entraîner pour la mère des présomptions sérieuses d'infanticide. Sans nul doute, ce sont et ce seront toujours là des cas exceptionnels ; mais il suffit qu'ils soient possibles pour que l'expert soit tenu expressément de s'en souvenir à l'occasion, de façon à pouvoir répondre en toute sécurité au magistrat instructeur que les explications données par une inculpée, relativement à un accouchement qui aurait eu lieu sur un vase de nuit ou un siège de cabinet d'aisances, ne sont nullement inadmissibles, sous réserve, bien entendu, des résultats fournis par l'autopsie du nouveau-né. » (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 3e série, t. XXV, pages 380 et suivantes. J. B. Baillière, 1891.)

LA PREMIÈRE OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR PLACENTA PRÆVIA.

Le professeur Bernays, de Saint-Louis (Missouri), vient de publier, dans le *Journal de l'Association médicale américaine*, la relation du premier cas, dit-il, dans lequel l'opération césarienne a été pratiquée avec succès pour placenta prævia. En effet, des recherches minutieuses faites dans les publications des maternités d'Europe n'ont pas permis à l'auteur de trouver un seul cas d'opération césarienne pour placenta prævia. En Amérique, l'opération césarienne a été pratiquée deux fois dans ces conditions dans l'Etat de Montana et à Granite-City. Dans les deux cas les femmes ont succombé, ce qui ne doit pas surprendre, car elles ont été opérées presque exsangues et tout à fait *in-extremis*.

Voici maintenant le résumé de l'observation de M. Bernays :

Au mois de novembre 1893, cet accoucheur fut appelé d'urgence par deux confrères auprès d'une femme arrivée au commencement du neuvième mois d'une grossesse régulière. Elle avait été prise quelques heures auparavant, sans cause connue, d'une hémorragie abondante. Cette femme, qui était âgée de 42 ans, avait eu quatre accouchements antérieurs très simples ; le dernier remontait à dix ans. On se borna d'abord aux précautions d'usage espérant que l'hémorragie s'arrêtant, la grossesse pourrait continuer. Il importe du reste d'ajouter que l'existence du placenta prævia avait été dès le principe parfaitement reconnue. De plus, il n'y avait aucun commencement de travail.

Malgré le tamponnement, l'hémorragie se produisit grave au bout de quelques heures ; le danger devenait menaçant, et cinq médecins compétents approuvèrent l'opération césarienne proposée par M. Bernays.

L'opération fut aussitôt pratiquée et dans de bonnes conditions. Le chirurgien n'éprouva aucune difficulté. Les suites furent des plus simples et la guérison était complète le vingt-deuxième jour. Voilà pour la mère. Quant à l'enfant, il fut extrait vivant, mais il n'avait que huit mois de gestation, il était d'une faiblesse extrême et il mourut au bout de dix heures.

M. Bernays ne prétend pas qu'il faille faire l'opération césarienne dans tous les cas de placenta prævia. Il fait seulement remarquer que pour lui cette opération est plus simple et nécessite moins d'habileté que les manœuvres auxquelles on est forcé de recourir en pareil cas. Enfin, si l'on doit se décider à pratiquer l'opération césarienne, il est plus sage de la faire de bonne heure, quand la femme n'est pas encore épuisée par l'hémorragie.

(*Bull. méd.*)

TUBERCULOSE DES OVAIRES ET DES TROMPES. OUVERTURE DANS LA VESSIE ET DANS L'INTESTIN.

M. Habershon a relaté à la *Pathological Society* l'observation d'une jeune femme de vingt ans entrée à *Brompton Hospital* pour une tuberculose pulmonaire et chez laquelle se développèrent des accidents de nature tuberculeuse du côté de la trompe et des ovaires. Cette jeune femme se plaignait de douleurs abdominales accompagnées

de diarrhée. On notait en même temps un amaigrissement notable. A l'examen de l'abdomen on ne trouvait aucune tumeur.

Les douleurs abdominales se montrèrent pendant un an sous forme de crises parfois assez violentes ; elles étaient toujours accompagnées d'une diarrhée souvent abondante.

La malade finit par mourir de méningite.

A l'autopsie, on trouva une tuberculose des méninges et des poumons. Le foie, la rate, les reins renfermaient quelques granulations tuberculeuses ; il en existait également sur l'instestin grêle.

Il existait dans le petit bassin du côté droit une tumeur du volume d'une balle de cricket. C'était l'ovaire et la trompe qui, devenus tuberculeux, formaient une poche remplie de matière caséeuse,communiquant avec une anse de l'iléon. Au niveau de la communication la muqueuse intestinale était ulcérée ; la communication se faisait par un petit trajet qui aboutissait à l'ovaire droit. L'ovaire gauche, transformé en une poche kystique remplie de matière caséeuse, communiquait avec l'S iliaque. La vessie communiquait également avec la poche kystique du côté droit.

Pendant la vie on avait fait le diagnostic de tuberculose de l'intestin ; on n'avait pas constaté les lésions des ovaires et, à plus forte raison, on n'avait pas soupçonné la communication qui existait entre ces organes et l'intestin.

(Bull. méd.)

PROLAPSUS TRÈS DÉVELOPPÉ DE L'URÈTHRE CHEZ UNE PETITE FILLE.

Rapport fait au Royal Medical and Chirurgical Society, par M. THOMAS BRYANT, à la séance du 8 mai 1894 (*The Lancet*, 12 mai 1894).

M. Thomas Bryant présenta à la Société un cas de prolapsus très développé de l'urèthre chez une enfant de six ans, qu'il observa avec M. Atkinson, de Wood-Green, le 14 juin 1893. Pendant trois ans, à intervalles de plusieurs mois, l'enfant avait souffert quatre fois d'irritation génitale, avec écoulement de mucus sanguinolent par la vulve ; comme ces symptômes se dissipaient au bout de très peu de jours, on n'avait pas eu recours à une intervention médicale.

La dernière attaque eut lieu cinq jours avant que M. Bryant ne la vit, avec irritation génitale locale et accompagnée d'efforts que la mère supposa être dus à l'intestin et qu'elle traita en conséquence. Le troisième jour, comme les symptômes augmentaient d'intensité

et que l'écoulement muqueux devenait plus copieux, on demanda des conseils au Dr Atkinson. Le cinquième jour, celui-ci demanda au Dr Bryant de vouloir bien examiner l'enfant avec lui.

A l'examen local, on trouva les organes génitaux baignés de mucus sanguinolent et entre les lèvres on remarquait une masse proéminente d'un rouge cerise, laissant suinter du sang, d'un centimètre et demi de diamètre et de même longueur, avec un orifice plus ou moins central, entouré de plis de membrane muqueuse congestionnée, par lequel on put aisément introduire un cathéter jusque dans la vessie. Il était clair que cette masse était l'urèthre renversé. Le jour suivant, l'enfant étant sous l'influence du chloroforme, on dilata l'urèthre et on explora la vessie avec le doigt ; cette exploration n'eut qu'un résultat négatif, mais pendant l'opération le prolapsus de l'urèthre fut réduit. L'état de la malade progressa favorablement. M. Bryant dit qu'il appelait l'attention des membres de la Société sur ce cas, car il n'en avait jamais vu de semblable, et il ajouta qu'en faisant des recherches dans ce qui avait été écrit sur ce sujet, il était évident que ces cas ne se rencontraient qu'extrêmement rarement. Il donna ensuite un petit résumé de ce qu'il avait lu.

M. Croft parla alors d'une publication de nature semblable qu'il avait faite il y a quelques années dans le *Rapport de l'hôpital Saint-Thomas* ; il s'agissait du prolapsus de la vessie à travers l'urèthre. Il trouva une saillie vasculaire rouge en forme de poire, entre les lèvres, chez une enfant de 14 mois ; cette saillie avait apparu quatre heures auparavant. La surface était recouverte d'une membrane muqueuse. Comme il introduisait le petit doigt dans l'anus, un effort violent se produisit et la tumeur creva sur sa face intérieure proéminente, en laissant écouler une grande quantité de liquide clair, d'un jaune paille. Il ne vit pas les orifices des uretères, mais il n'attira pas la vessie pour les rechercher. L'enfant étant anesthésiée, la partie procidente rentra graduellement d'elle-même. La mère raconta qu'un prolapsus semblable, quoique moins étendu, avait eu lieu plus d'une fois antérieurement.

L'examen chimique prouva que le liquide émis par la rupture de la tumeur, n'était pas de l'urine ; M. Croft jugea que c'était un liquide séreux provenant de la cavité péritonéale.

La vessie en se renversant dans l'urèthre et le méat avait entraîné la tunique péritonéale propre et ainsi il s'était fait une hernie du péritoine dans l'urèthre et le méat.

Le sac péritonéal se trouvait resserré par le méat, tout comme une hernie inguinale par l'anneau abdominal, et dans ces circonstances, le péritoine laissait écouler un liquide séreux — comme dans un cas de hernie inguinale — et les violents efforts expulsifs des muscles abdominaux causa la rupture de la paroi de la vessie.

M. Reginal Harrison dit n'avoir jamais observé de cas pareil dans sa clientèle, mais admet avoir entendu parler d'un y ressemblant d'assez près. Dans ce cas, le chirurgien s'imaginant avoir affaire à un polype s'apprêtait à le ligaturer comme il aurait fait pour une hémorrhoïde ; mais, heureusement, il passa d'abord le doigt dans le rectum et réussit à réduire la tumeur par ce moyen. Bien que tous soient familiarisés avec des prolapsus de l'anus et du rectum comme symptôme commun de pierre dans la vessie, chez des enfants des deux sexes, il ne comprenait pas très bien comment une irritation quelconque, agissant en sens inverse du rectum, pouvait conduire à un tel état de la vessie. Il considérait comme plus probable que les saillies herniaires de ce genre étaient dues à des causes semblables à celles des hernies en général.

M. Goodlee fait allusion à un cas qu'il a observé il y a quelques années au North Eastern Hospital pour Enfants. Une fillette lui fut amenée avec deux masses polyoïdes faisant saillie hors de la vulve, une de chaque côté, et recouverte d'une membrane muqueuse pâle et tendue. Il suivit la petite malade pendant plusieurs semaines, mais comme d'autres symptômes ne se développèrent pas, il ligatura les saillies et les coupa. Il ne s'ensuivit pas de compression de l'urèthre, ni autres conséquences sérieuses.

En répondant M. Bryant dit avoir vu deux exemples de cas semblables à ceux du D[r] Croft, un dans le service de M. Davies-Colley, l'autre dans celui de M. Birkett. C'était le souvenir des erreurs passées qui l'avait porté à publier son cas. On ne doit pas oublier qu'un polype de la vessie se rencontre chez le sexe féminin et que sans doute le cas de la malade du D[r] Goodlee était un polype de l'urèthre. Dans quelques cas, le prolapsus de l'urèthre est si léger, qu'il se borne à un simple froncement saillant.

(*Journal de Clinique et de thérap. infantiles.*)

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE A L'ÉTAT PUERPÉRAL (PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS LES COUCHES).

M. SOLOVIEFF vient de faire à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Moscou une intéressante communication relative au sujet en question.

Après avoir fait remarquer que la fièvre intermittente est une affection rare chez les gestantes, l'auteur relate les particularités caractéristiques de cette dernière, son influence sur la mère et le fœtus, pour passer ensuite à la description des faits personnels.

Trois cas de ce genre sont en présence.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme touchant au terme de la grossesse et prise subitement d'un accès de fièvre intense. La seconde observation a trait à une femme atteinte de fièvre deux semaines après l'accouchement. La troisième patiente a été frappée d'un accès de fièvre au milieu de la gestation. Dans les trois cas, la quinine seule ou associée à l'opium et à l'arsenic (3ᵉ cas) s'est rendue maîtresse de la situation.

Voici, au surplus, les conclusions auxquelles est arrivé le Dʳ Solovieff, eu égard aux indications bibliographiques et aux études personnelles :

1° La fièvre intermittente est un phénomène relativement rare, pour certaines contrées tout au moins, pendant la grossesse et après les couches ; il est donc intéressant d'en connaître le diagnostic et le traitement, ne fût-ce qu'à ce titre ;

2° Cette affection peut influer sur la mère et sur le fœtus ; d'où l'avortement ou l'accouchement prématuré d'une part et quelquefois la mort du fœtus de l'autre ;

3° Chez les accouchées la fièvre intermittente est susceptible d'entraver la sécrétion du lait et empêche le retrait de l'utérus ;

4° Il importe de savoir distinguer la fièvre dont il s'agit des autres affections pouvant survenir au cours de la grossesse et particulièrement de la septicémie puerpérale ;

5° Le traitement de la fièvre intermittente doit être le même partout et cela qu'il s'agisse d'une femme à l'état de vacuité ou d'une gestante ; mais, au cas où il y a prédisposition à l'avortement, il sera utile d'associer la quinine aux préparations opiacées ;

6° Chez les femmes qui allaitent en possession de diarrhée d'origine palustre il conviendra de ne faire usage que du tannate de quinine.

L'opium, passant dans le lait de la mère, il faut l'abandonner en ce cas sous peine d'arrêter la lactation ;

7° La prescription de petites doses d'arsenic donne d'assez bons résultats chez les gestantes asthéniques.

A ce propos, le Dr Alexandroff fait observer que ces conclusions ne sauraient être considérées comme définitivement établies tant que l'examen microscopique du sang des malades ne viendra confirmer l'observation clinique.

Tel n'est pourtant pas l'avis du rapporteur.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

MIGRATION DE L'ŒUF FÉCONDÉ ET DES SPERMATOZOÏDES.

M. Zagaïstki décrit, dans la *Meditzinskoïe Obosrénié*, deux cas intéressants de migration anormale de spermatozoïdes et de l'œuf fécondé.

Une malade, entrée à l'hôpital par suite de rupture d'une grossesse tubaire, est morte de péritonite consécutive. A l'autopsie il fut constaté que l'ostium uterinum de la trompe gauche, où fut logé le kyste fœtal, était complètement oblitéré ainsi que la partie adjacente du canal (probablement à la suite d'une pyo-salpingite ancienne); l'ovaire correspondant présentait le corps jaune de la fécondation. Pour arriver à l'ovule pondu par cet ovaire, les spermatozoïdes devaient donc passer par la trompe droite et suivre le péritoine jusqu'à l'ovaire gauche.

Un cas analogue s'est présenté chez une malade entrée à l'hôpital en 1893 pour une grossesse tubaire droite et opérée antérieurement (en 1888) pour une grossesse tubaire de la trompe actuellement affectée. Au cours de la laparotomie, pour l'affection actuelle, il fut reconnu que le corps jaune de la fécondation siégeait sur l'ovaire gauche. L'œuf fécondé a donc migré de l'ovaire gauche vers la trompe droite.

HÉMATOMÉTRIE, FISTULE VÉSICO-VAGINALE ET UTÉRO-RECTALE.

M. Rimsch a présenté à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou* une malade de 26 ans qui est entrée à l'hôpital pour incontinence de l'urine. Cette malade a accouché, pour la première fois, il y a cinq ans. L'accouchement, long et laborieux, a duré cinq jours. Depuis la malade est restée pendant deux ans confinée au lit,

fébricitante, incapable de travailler à cause de douleurs abdominales et lombaires et de l'épuisement considérable et perdant ses urines par le vagin. Durant ce temps s'est montrée une tumeur à l'hypogastre qui a augmenté progressivement.

Au bout de deux ans, à la suite d'une douleur déchirante au niveau de la tumeur et survenue sans cause connue, la malade a rendu par les selles une quantité considérable de sang. La tumeur s'est affaissée, la malade fut soulagée.

Durant les trois années consécutives la tumeur hypogastrique réapparaissait, et disparaissait après des selles sanglantes.

A l'examen de la malade on constate que le périnée était intact, mais que le canal de l'urètre était presque entièrement déchiré, le col de la vessie détruit. La vessie proéminait par sa surface muqueuse dans le vagin et adhérait intimement à la partie postérieure de la vulve. Le vagin était ainsi transformé en cul-de-sac se continuant en haut directement avec la cavité vésicale. Le toucher vaginal était, bien entendu, impraticable, jusqu'au col qui ne pouvait pas être senti. A la palpation de l'abdomen on constatait une augmentation considérable du volume de l'utérus dont le fond remontait au-dessus du pubis. L'utérus était dur, enclavé.

Par le toucher rectal et le speculum ani on a trouvé, sur la paroi antérieure du rectum, un orifice faisant communiquer cette partie de l'intestin avec la cavité utérine et laissant suinter des mucosités. On a diagnostiqué l'hématométrie. Une sonde utérine introduite par la fistule utéro-rectale, puis basculée en bas, a permis de détruire les adhérences vésico-vaginales. Pendant un certain temps la malade a rendu par le rectum du sang coagulé. Peu à peu l'utérus, dont la cavité mesurait, à l'entrée de la malade à l'hôpital, quinze centimètres, est revenu à des dimensions normales.

UN PROCÉDÉ DE MENSURATION EXTERNE PERMETTANT DE RECONNAÎTRE LA VICIATION DU BASSIN CHEZ LA FEMME.

M. le docteur P. Reynaud (de Marseille) a pu se convaincre de l'existence, chez les femmes à bassin normal, d'une relation constante et mathématique entre la distance qui sépare les deux épines iliaques antérieures et supérieures et celle qui sépare une de ces épines de la pointe inférieure de la rotule (pointe anatomique) correspondante.

Ainsi la distance interépineuse, mesurée au compas d'épaisseur,

serait exactement égale à la moitié de la ligne allant d'une épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe inférieure de la rotule du même côté, ligne qu'on mesure à l'aide d'un simple ruban métrique.

Chez les femmes à bassin vicié il y aurait toujours, d'après les observations de notre confrère, disproportion entre ces deux mesures. Plus cette disproportion est grande, plus le bassin est anormal.

Dans certains bassins rachitiques, la ligne interépineuse atteindrait souvent les deux tiers de la distance qui existe entre l'épine iliaque et l'extrémité de la rotule ; parfois même elle égale cette distance.

La mensuration du diamètre promonto-sous-pubien confirmerait pleinement les relations mathématiques trouvées par M. Reynaud.

Chez une femme adulte, à bassin normal, la moyenne des distances dont il s'agit serait de 23 centimètres pour la ligne interépineuse et de 46 centimètres pour la ligne *épino-rotulienne*.

Chez les très jeunes filles, le rapport indiqué par M. Reynaud n'existerait pas encore, par suite du défaut de développement du bassin.

Chez l'homme, la distance interépineuse serait de 24 centimètres et la distance épino-rotulienne mesurerait 56 centimètres.

M. Reynaud estime que par la mensuration et la comparaison des distances interépineuse et épino-rotulienne, on peut se rendre très bien compte de l'état du bassin chez la femme adulte.

L'AGENT PATHOGÈNE DU CANCER.

On vient encore de décrire un nouvel agent pathogène du cancer. Est-ce enfin la solution tant cherchée de ce problème ? Voici comment l'expose dans une communication provisoire son auteur, M. VAN NIESSEN (de Wiesbade) :

Depuis quelques années, j'étudiais, à l'aide de nombreuses expériences, comment se comportent les cellules, et en particulier les leucocytes de l'homme vis-à-vis de divers microbes et surtout vis-à-vis de microbes pathogènes. A l'occasion de l'examen du sang et des tissus d'un cas de cancer de l'utérus, je fis une découverte fort surprenante que je vais brièvement résumer.

Pendant l'extirpation vaginale du cancer, je recueillis dans un verre strictement stérilisé, du sang pris directement de la surface de section ; au bout de huit jours, à côté de divers microbes, je trouvai une colonie ronde, jaune-noirâtre, à bords clairs un peu en relief, qui atteignit les dimensions d'un gros pois. L'analyse microscopique et la

culture en série de cette espèce microbienne nouvelle, me fit reconnaître une bactérie remarquable, qui, d'après les phases de son développement, se plaçait entre les espèces bourgeonnantes et filamenteuses; elle se développa fort bien et avec un polymorphisme étonnant dans le sang humain, l'urine diabétique stérilisée et l'eau ; dans le premier de ces milieux notamment, elle présenta très rapidément des organes de fructification bien caractéristiques.

Les trois sortes de cultures placée dans des objectifs creux avec toutes les précautions nécessaires eussent été bien difficiles à identifier par un œil non prévenu. Ainsi des échantillons placés dans l'eau étaient à l'instant même tellement transformés qu'on ne pouvait plus reconnaître leur forme première. Je laisse de côté tous les détails que j'exposerai plus tard d'une façon complète et je me borne à dire que les groupes d'éléments bactériens présentaient une disposition extraordinairement analogue à ce qu'on appelle les nids épithéliomateux du cancer ; un échantillon emprunté aussitôt après l'opération à la tumeur en question, conservé entre deux lamelles et monté dans de l'urine stérile, rend cette analogie frappante.

De longues observations dirigées en divers sens me permettent d'affirmer qu'on peut regarder comme démontrée la relation pathogénique entre cette bactérie et le cancer, la bactérie est bien la cause directe du cancer.

M. Van Niessen termine cette communication en disant que, d'après l'avis de M. Wortmann-Greisenheim, se basant sur ses analogies avec les bactéries déjà classées, il nomme cette nouvelle espèce : *Cladosporium cancerogenes*, ou plus brièvement : *canceromyces*. (*Centralbl. f. méd. Wissenschaften*, n° 21, et *Bull. méd.*)

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU LAIT DE FEMME.

M. F. Honigmann a examiné le lait de soixante-quatre femmes accouchées, bien portantes et à glandes mammaires normales ; il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le lait des accouchées bien portantes contient, le plus souvent, un grand nombre de micro-organismes, surtout le staphylocoque albus, puis — par ordre de fréquence — l'aureus ; les autres espèces microbiennes sont plus rares et peu nombreuses ;

2° Toutes ces bactéries proviennent probablement de la surface cu-

tanée et s'introduisent dans les canaux galactophores par leur orifice d'abouchement à la surface du mamelon :

3° La constatation de la présence des staphylocoques dans le lait de la parturiente n'a aucune valeur diagnostique pour les maladies fébriles post-puerpérales ;

4° Dans certaines conditions, les micro-organismes présents dans le lait peuvent jouer un rôle dans la production des mastites post-puerpérales ; mais très souvent la présence des staphylocoques dans les conduits galactophores ne provoque pas de phénomènes morbides ;

5° Le lait de femme n'est pas bactéricide. (*Gaz. hedom. Med. de la Russie mérid.*, 2, 1894.)

HERNIE CONGÉNITALE DE L'OVAIRE,

Par le Dr A. Zinnis, d'Athènes (*in Méd. inf.* mai 1894).

Fillette de 21 mois pesant 3935 grammes. Dans la région inguinale droite, tumeur grosse comme une aveline qui se dirigeait obliquement vers la grande lèvre du même côté ; mobile, indolente rentrant facilement par le taxis sans borborygmes. Léger catarrhe intestinal. Diagnostic de hernie congénitale de l'ovaire.

L'enfant étant morte de congestion pulmonaire, l'autopsie démontra l'exactitude de ce diagnostic.

VARIÉTÉS

Les curés peuvent-ils pratiquer ou faire pratiquer l'opération césarienne dans un but religieux ? — En 1893, mourait à Sarran (Aveyron), Mme Riols dans un état de grossesse avancée. Le prêtre qui l'assistait dans ses derniers moments décida une des personnes présentes à pratiquer sur la morte l'opération césarienne, afin de sauver le petit Riols ou tout au moins le baptiser.

L'opération fut pratiquée, mais le parquet s'en émut, une instruction fut ordonnée, et l'opérateur, M. B..., fut traduit devant le tribunal d'Espalion.

Le procureur de la République développa devant le tribunal cette thèse, que le fait de pratiquer l'opération césarienne sur le corps d'une femme qui vient de mourir, lorsque l'opérateur n'est pas reçu docteur, constitue l'exercice illégal de la chirurgie et tombe sous l'application de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI.

Le tribunal, dans un jugement longuement motivé, a fait droit à ces réquisitions et a condamné B... au maximun de la peine édictée par la loi, soit 15 francs d'amende.

Plusieurs des motifs de ce jugement sont dignes d'être cités. Après avoir déclaré que les faits étaient établis dans leur matérialité, le tribunal constate que l'opérateur n'a procédé qu'en « cédant à l'initiative pressante du curé ; mais que, n'ayant pas à trancher une thèse d'embriologie sacrée, le devoir de la justice est d'imposer à tous le respect de la loi civile, qui a été gravement méconnue à Sarran ».

Le tribunal ajoute ensuite que B..., le prévenu, « a été, par des conseils et des instances coupables », entraîné à se substituer au médecin, qui pouvait seul, par les moyens que la science indique, s'assurer que la femme Riols avait cessé de vivre, et à l'homme de l'art qui aurait décidé de l'opportunité de l'opération, qui l'aurait pratiquée avec les même soins et les mêmes procédés qu'il eût employés sur une « personne vivante ! »

Enfin, le tribunal constate que la peine édictée par la loi pour l'exercice illégal de la chirurgie n'est qu'une amende de simple police et qu'elle doit être prononcée « dans l'entière mesure autorisée par l'article 466 du Code pénal », c'est-à-dire le maximum.

(*Journ. de médecine de Paris.*)

La *Société de gynécologie et d'obstétrique* de Berlin a fêté, le mercredi 9 mai dernier, le cinquantième anniversaire de sa fondation. Elles sont rares, les sociétés spéciales dont l'origine remonte aussi haut et nous comprenons que les membres de la Société berlinoise aient eu à cœur de fêter d'une façon grandiose ce jubilé de cinquante ans.

Nous aurons à revenir sur les importantes communications que l'on a présentées au cours de la séance solennelle tenue à l'occasion de cette fête — entre autres la communication de Mackenrodt sur le *traitement du cancer utérin par l'hystérectomie totale* et celle de Lohlein sur le *traitement de l'ostéomalacie par la castration.*

Nous ne pouvons que signaler aujourd'hui le grand succès de cette réunion à laquelle assistaient des délégués des principaux centres universitaires de l'Allemagne et des invités des principales villes d Europe.

La syphilis comme moyen de défense dans le cas de « Breach of promise ». —*Breach of promise* constitue en Angleterre et en Amérique une expression juridique qui signifie rupture de fiançailles.

C'est en effet dans ces pays, et non point dans celui où fleurit Béranger, comme on serait tenté de le croire, que cette rupture peut entraîner un procès et une condamnation. On y a même vu des infortunés, victimes de quelque aventurière et d'un flirt imprudent être condamnés à payer de fortes sommes. Aussi comprend-on que le fiancé qui se retire, car presque toujours la défection vient de l'homme, et la plainte de la femme, cherche un moyen légal de défense.

Le docteur Pearce, de Cincinnati, expose dans le *Journal of cutaneous diseases* deux circonstances où la syphilis a été invoquée comme excuse et signale les jugements qui ont été rendus à ce propos.

En janvier 1882, la Cour suprême de la Caroline du Nord dans l'affaire Allen-Baker décida que si le défendant avait contracté sa maladie après son engagement de fiançailles, ou que si l'ayant contractée avant, il l'avait crue permanente et incurable, il devait être responsable ; mais que s'il avait eu des raisons de croire que sa maladie était temporaire, il pouvait être excusé.

Un cas plus récent est le jugement rendu dans l'affaire Hamilton Shackleford, de l'Etat de Kentucky, en juillet 1890, jugement dont il fut appelé par le défendant.

Dans ce cas l'engagement pour le mariage avait été contracté en décembre 1887 ; le défendant allégua pour sa défense que avant de s'engager il avait été traité par un médecin réputé comme praticien expert et que celui-ci l'avait autorisé à se marier. Après son engagement, et sans qu'il y eût de sa faute, de nouveaux symptômes de la maladie avaient apparu. Sur l'avis du médecin, cette condition nouvelle le rendait impropre au mariage, la maladie étant constitutionnelle et pouvant être communiquée à la plaignante dans le cas où il en ferait sa femme. C'est alors qu'il s'était décidé à rompre ses fiançailles.

La première Cour jugea ce moyen de défense insuffisant, mais permit de plaider les circonstances atténuantes. Le jury n'en condamna pas moins l'accusé à 4,500 livres sterling d'indemnité. La Cour d'appel réforma ce jugement, admit que l'accusé avait présenté un bon moyen de défense et le dégagea de l'accomplissement du contrat avec la plaignante.

Le principe de la loi établi par la Cour est que si un homme qui a contracté la syphilis croit de bonne foi et a des raisons de croire qu'il est indemne et peut se marier en toute sécurité, il a le droit de s'en-

gager dans un mariage ; mais que, si au cours de cet engagement il y a réapparition de la maladie sans sa faute et qu'il craigne de contagionner sa femme, il est délié de son engagement et de toute responsabilité pécuniaire dans le cas où il refuse de se marier.

En France, la rupture des fiançailles ne donne lieu à aucune action judiciaire ; celui qui est atteint d'une maladie contagieuse et qui, sur l'avis d'un médecin, se décide à rompre une union projetée, ne s'expose donc à aucune indemnité pécuniaire, c'est pour lui simple blessure d'amour-propre, rupture de quelques relations, peut-être un peu de déconsidération, mais bien moindre que celle qui suit un procès, même si on n'y est pas condamné.

Et pourtant nous avons vu, rarement il est vrai, des gens passer outre à une défense médicale. On sait en pareil cas tout ce qui peut arriver : infection de la jeune femme, fausses couches, infection possible des nourrices, ennuis de toute sorte. Tout cela est assez triste pour que nous approuvions pleinement la conduite de l'Américain qui a cru devoir se retirer et le jugement de la Cour d'appel qui l'a renvoyé indemne.

(*Lyon Médical.*)

Une centenaire. — Les journaux du pays de Galles annoncent la mort d'une dame Sarah Thomas, qui vient de décéder à Penycoed, près Buryport, en sa 106e année. On attribue cette longévité à l'habitude qu'elle avait contractée, dès sa prime jeunesse, de fumer de bon tabac (!). Elle avait conservé toutes ses facultés intactes, une grande vivacité d'esprit et une bonne humeur intarissable. Quotidiennement, et jusqu'à la veille de son trépas, elle faisait une petite promenade, appuyée sur deux béquilles, le sourire aux lèvres... et la pipe aux dents.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Propriétés et effets de la Chloride de Quinine et de Fer d'après des recherches, essais et observations pendant quinze ans,** par l'inventeur, M. le Docteur en médecine S. Kersch. XIX., 1, Hauptstrasse 10, Vienne (Autriche).

II. — **Sur un cas de Paralysie faciale a « Frigore » avec anesthésie superficielle du trijumeau, et tumeur gazeuse de la parotide. Pathogénie,** par le Docteur Chabbert, de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre. Paris, Public. du *Progrès Médical*, 1894.

L'auteur rapporte une observation très intéressante de paralysie faciale *a frigore*, s'étant compliquée d'une anesthésie limitée du tégument dans la zone d'innervation de la racine sensative du trijumeau et, d'autre part, d'une tumeur gazeuse de la parotide; mais l'intérêt de ce travail ne réside pas seulement dans ces complications non encore signalées à notre connaissance, mais bien dans une importante discussion pathogénique pour laquelle nous ne pouvons malheureusement que renvoyer le lecteur au travail de notre distingué confrère de Toulouse.

III. — **Nutrition dans le diabète, ses modifications par la cure de Vichy**, par le Dr Frémont. (Congrès de Rome 1894.)

IV. — **Société d'hydrologie médicale de Paris.** Comptes rendus de la session 1892-93, par M. Lendet. Paris, 1894.

V. — **Faut-il couper le frein de la langue** ; par le Dr Chervin. Paris, Soc. d'Ed. Scient., 1894.

Voici les conclusions de ce travail qui présente un intérêt d'autant plus grand que l'on connait la compétence toute spéciale de l'auteur sur ce sujet :

Pour me résumer, je crois que les ankyloglosses, qu'elles qu'en soient les variétés, constituent des cas rares et qu'il faut y regarder à deux fois avant de se livrer à une opération insignifiante en elle-même, mais qui, en raison de l'âge de l'enfant, peut présenter des dangers sérieux.

Mais s'il faut être circonspect pour des ankyloglosses plus ou moins réelles, avec quelle énergie le chirurgien ne doit-il pas refuser l'opération de la section du frein lorsqu'elle est demandée, simplement par habitude locale, à titre de prophylaxie, pour garantir ultérieurement l'enfant contre des troubles de la future parole ?

J'ai montré, en effet, que ce n'était qu'un préjugé que rien ne justifiait, que les défauts de prononciation ne tenaient pas à l'existence du frein de la langue comme le croyait Colombat, qu'on était tout juste aussi avancé après l'opération qu'avant.

Enfin, je sais que quelquefois, aujourd'hui encore, des familles sollicitent de leur médecin cette section du frein, non plus comme mesure préventive, mais comme moyen curatif du bégaiement ou de la blésité pour un enfant ou un adulte. Il faut charitablement les prévenir qu'elles se trompent, que ces opérations sont absolument inutiles et que tous ces défauts de prononciation ne sont justiciables que d'une éducation méthodique, naturelle et rationnelle des organes de la voix, dont la durée ne dépasse pas trois semaines.

VI. — **Acta de la sesion publica inaugural que la real academia de medicina y cirurgia de Barcelona celebro en 30 de enero de 1894.** Barcelone, 1894.

VII. — **Carabana**, par le Dr Monin. Paris, Sociétés d'Ed. Scient., 1893.

VIII. — **La station hivernale d'Ajaccio**, par le Dr Brault. Ajaccio, 1894.

IX. — **Bagnoles de l'Orne**, par le Dr Censier. Clermont, 1894.

X. — **Le traitement des coliques hépatiques à Royat**, par le Dr Laussedat. Paris, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

81. — Injections sous-cutanées d'eau salée dans la gastro-entérite des petits enfants. — Le Dr Paul DEMIÉVILLE cite l'observation d'un bébé de 4 mois et demi, atteint de gastro-entérite chez lequel la guérison fut obtenue au moyen d'une injection sous la peau des deux cuisses d'environ 120 à 150 grammes d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à 6 %.

Le manuel opératoire est des plus simples : l'auteur s'est servi d'un irrigateur avec tube en caoutchouc d'un mètre et demi et d'une aiguille Dieulafoy, le tout désinfecté par un lavage soigné au sublimé à 1 p. 1000, suivi d'un lavage à l'eau bouillie : la quantité de liquide injecté est proportionnelle au volume des jambes et au poids total du sujet : au besoin, on peut injecter aussi sous la peau du ventre. Avant l'introduction de l'aiguille, il convient de laver soigneusement et de désinfecter la peau. Lors du massage des parties imbibées du liquide, il arrive que le petit malade parfois *in extremis* pousse quelques cris. A part cela, l'opération n'offre rien d'effrayant pour les parents, qui l'acceptent d'ailleurs assez facilement, lorsqu'on fait ressortir à leurs yeux les chances probables de succès, dans une situation désespérée.

L'auteur est d'avis qu'il y a lieu de recourir à ce moyen dans la diphthérie, à seule fin de gagner du temps et de permettre à l'organisme de soutenir la lutte contre le principe infectieux. (*Gaz. méd. de Liége*, 28 avril 1892.)

***

82. — De l'emploi du bleu de méthylène dans les affections inflammatoires des organes génitaux de la femme. — On administre le bleu de méthylène à l'intérieur, pur ou mélangé à la magnésie calcinée, en pilules ou cachets et en solution aqueuse concentrée.

ALTHEN (*Münch méd. Wchnschrtt*, 1892, n° 1) le donne à la dose de 0 gr. 1 le premier jour, après les principaux repas ; il augmente progressivement la dose jusqu'à 1 gr. 5 par vingt-quatre heures, puis

il diminue graduellement jusqu'à 0 gr. 1, pour revenir ensuite à 1 gr. 5 et ainsi de suite.

Il l'a surtout employé, dans les endométrites et paramétrites, sous formes d'injections interstitielles d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 17 ‰, additionnée de quelques gouttes d'alcool, et sous forme de crayons renfermant 10 % de bleu de méthylène introduits dans la cavité utérine.

On peut aussi l'employer sous forme de suppositoires et d'ovules au beurre de cacao à 10 % de bleu de méthylène.

La durée du traitement varie de quatorze jours à trois mois.

Il a une action analgésique marquée.

Les injections interstitielles ont fait disparaître des adénites tuberculeuses cervicales, amélioré la tuberculose laryngée et pulmonaire.

Si on ne peut administrer le bleu de méthylène après les repas, il faut le mélanger à la magnésie calcinée, dans la proportion de 90 pour 10 de bleu de méthylène.

D[r] A.-F. Philippeau.



83. — L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse. — Dans quatre cas successifs de vomissements dits incoercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le docteur P. Fedorow (de Karkow), a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pression sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitation des centres vaso-moteurs du tube gastro-intestinal.



84. — Vomissements gravidiques (Weiss).

Menthol........................... 1 gramme

à dissoudre dans

Alcool de vin.................... 20 grammes
Sirop de sucre................... 30 —

Toutes les heures une cuillerée à café de cette émulsion.

L'on doit avoir soin d'agiter la bouteille, car, en repos, le menthol

cristallise et se dépose sur les parois, mais au bout d'un temps assez long.

La solution est assez désagréable à prendre, en raison de la sensation persistante de chaleur qu'elle détermine dans la gorge et dans la bouche.

***

85. — Un procédé simplifié de dégagement des bras dans les accouchements, tête dernière. — Ce procédé, qu'un confrère danois, M. le docteur Magnus, emploie depuis longtemps avec un succès invariable, consiste dans la manœuvre suivante :

Après avoir soulevé fortement le tronc de l'enfant, l'accoucheur introduit sa main dans l'utérus, comme cela se pratique habituellement pour le dégagement des bras. Mais au lieu de saisir l'humérus et d'abaisser directement le bras en lui faisant suivre la face et le sternum du fœtus, il se borne à placer les doigts recourbés en crochets sur le bord supérieur de l'omoplate et d'exercer sur ce point des pressions ou tractions, dirigées en bas, en évitant soigneusement de peser sur la clavicule, si facile à fracturer. Grâce à cette simple manœuvre, le bras ne tarderait pas à se dégager de lui-même complètement.

(*Journal d'Accouchements*).



86. — Traitement de la métrite aiguë (Lutaud). — On parle bien peu maintenant de la métrite à laquelle les auteurs classiques d'il y a seulement quinze ans consacraient de nombreux chapitres. L'affection aurait-elle disparu du cadre nosologique pour être entraînée par le torrent qui ramène tout à la gynécologie opératoire. Théoriquement, oui ; mais pratiquement, non. Les praticiens rencontreront encore souvent sur leur route la métrite d'autrefois, c'est-à-dire l'inflammation aiguë ou sub-aiguë du parenchyme utérin avec son cortège de symptômes : douleur, vomissements, tympanisme, péritonisme, cystalgie, etc.

C'est le traitement médical de l'inflammation limitée à l'utérus et indépendante de tout état puerpéral que je vais formuler.

I. — Dans la période aiguë : repos absolu, cataplasmes laudanisés

sur le ventre, irrigations vaginales chaudes et fréquentes avec un liquide émollient ou légèrement aromatisé ; j'emploie pour cet usage la solution suivante, qui est à la fois aseptique et calmante.

Chloral	}	
Naphtol	} ââ	10 gram.
Alcool	}	
Eau		190

Une cuil. à soupe par litre d'injection chaude (40°). Les injections doivent être données la malade étant couchée.

Après chaque injection, placer sur le col un tampon d'ouate hydrophile imbibé de :

Glycérine		30 gram.
Iodoforme	} ââ	1 —
Chloral	}	

Les ovules médicamenteux à l'iodoforme ou au salol sont d'un emploi plus facile et les malades peuvent les introduire sans douleur.

Les vésicatoires sur le ventre sont indiqués lorsque la douleur est très vive et qu'on craint une extension péritonéale de la phlegmasie.

Ils ne devront pas rester en place plus de 8 à 10 heures.

Dans les cas moyens, je préfère les applications de compresses de flanelle imbibées d'essence de térébenthine ou d'alcool et recouvertes de taffetas gommé.

Un symptôme très fréquent dans la métrite aiguë est le tympanisme et la constipation.

Je prescris dans ces cas la potion suivante :

Looch huileux	100 gram.
Chloroforme	1 gram.
Essence d'anis	X gouttes.

Une cuil. à café toutes les 1/2 heures.

L'alimentation doit être très légère et se composer principalement de jus de viande et d'aliments liquides, afin d'éviter autant que possible des selles copieuses qui fatigueraient l'intestin et, par suite, l'utérus.

Contre la douleur je n'emploie l'opium que lorsqu'il y a nécessité absolue. En général, la métrite ne donne pas lieu à des phénomènes

très douloureux tant que la phlegmasie ne s'étend pas au péritoine. Dans ce cas, on emploiera les opiacés, comme je l'ai indiqué dans le traitement de la péritonite.

J'ai également indiqué le traitement des vomissements d'origine utérine qui s'observent fréquemment dans la métrite.

Je suis absolument hostile à toute médication locale appliquée sur le col, telle que scarifications, sangsues, etc., dans la métrite aiguë. La thérapeutique locale doit être réservée pour la période subaiguë et chronique.

En somme, le traitement de la métrite aiguë se résume dans ces quatre indications : repos absolu, irrigations vaginales fréquentes, sédatifs et laxatifs.

(*Journ. de méd. de Paris*).

***

87. — La symphyséotomie (Porak.) — L'auteur croit pouvoir établir de deux symphyséotomies qu'il a faites avec succès pour la mère et pour l'enfant, les conclusions suivantes :

La symphyséotomie constitue avec l'opération césarienne, une opération conservatrice de l'enfant sans faire courir à la mère les risques de cette dernière intervention.

L'étendue de ses indications constitue un problème dont les éléments sont complexes aussi bien quant au degré et à la variété du vice de conformation pelvienne, que quant à l'appréciation du volume de l'enfant.

La limite inférieure du degré de rétrécissement est encore sujet à discussion, il sera prudent, pour fixer sa limite supérieure, de recourir, dans les cas douteux, à une application de forceps qui fournira avec précision l'impossibilité de franchir le rétrécissement sans compromettre la vie de l'enfant. Le champ de l'embryotomie se trouve donc circonscrit d'une façon presque générale au cas où l'enfant est mort.

L'expérimentation sur le cadavre fournit les notions nécessaires à fixer la pratique du manuel opératoire. Le ligament triangulaire est puissant et inextensible et ne permet qu'un très faible écartement angulaire de la symphyse tant qu'il est conservé.

Lorsqu'on porte en abduction les cuisses, surtout d'une façon brusque, après la section du ligament triangulaire, il se peut que le diastasis d'une des articulations sacro-iliaques se produise avec lésion du

ligament antérieur après un très faible écart des pubis. Le diastasis ne se produit sur la seconde articulation sacro-iliaque qu'après un écart plus considérable des pubis, mesurant de 7 à 8 centimètres. Il se forme alors sur le tissu cellulaire post-pubien des tiraillements tels qu'on peut craindre des lésions des voies urinaires, surtout de l'urètre. La réparation des lésions de diastasis sacro-iliaque semble plus facile que celle des lésions pubiennes.

On a proposé de nombreux procédés opératoires ; mais, en réalité, les plus simples, accomplis avec le bistouri, sont les meilleurs. Ils sont différents suivant qu'on opère la malade dans le décubitus dorsal ou dans la position en travers du lit. Il est plus commode dans le décubitus d'attaquer la symphyse en arrière, mais par en haut, tandis que dans la position en travers du lit, il est plus facile de l'attaquer en arrière, mais par en bas. On devra toujours pratiquer les sutures dans le décubitus dorsal parce qu'on rapproche d'une façon plus certaine l'un des pubis de l'autre.

La symphyséotomie ne présente ordinairement pas de complications graves, parmi lesquelles on compte immédiatement l'hémorragie, ordinairement modérée, les lésions des voies urinaires, jamais du fait de l'opérateur, très rarement du fait de l'écartement des pubis ; secondairement la fièvre nulle ou négligeable, l'incontinence d'urine rare ou ordinairement de courte durée, l'échec possible de la réunion par première intention de la plaie.

Tardivement, la conséquence qui a le plus préoccupé *a priori* les accoucheurs consistait en la possibilité de la persistance de la mobilité des articulations pelviennes et en la gêne consécutive de la marche. Dans les deux cas cités par l'auteur, quoique la mobilité des articulations ait été certainement plus prononcée qu'à l'état normal, la marche s'est accomplie facilement et la douleur aux symphyses est restée nulle ou légère aussi bien à la suite de la pression qu'à la suite de la fatigue. (*Bull. méd.*)



88. — **L'accouchement forcé**, par S. Marx. — L'auteur divise l'opération en deux périodes : l'une préparatoire, l'autre opératoire. La première peut être négligée dans beaucoup de cas, par exemple lorsque le col est dilatable, ou ramolli, non résistant, comme il arrive dans le placenta prævia. C'est surtout dans ce cas spécial que l'opération est indiquée et qu'elle est le plus facile à exécuter.

La malade est placée dans la position obstétricale. Il est inutile d'avoir recours au chloroforme. Après une asepsie complète du vagin et des parties génitales, on introduit un spéculum de Sims et on saisit avec une pince la lèvre antérieure ou postérieure du col. On coupe de la gaze iodoformée en bandelettes larges comme deux doigts et, au moyen d'une pince, on introduit l'extrémité d'une de ces bandelettes dans le canal cervical. On continue jusqu'à ce qu'il y ait dans le canal une certaine quantité de gaze ou jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance de la part de la partie fœtale, qui est en général la tête. Le canal cervical est alors tamponné avec la gaze aussi complètement que possible. On agit de même pour le vagin et on replace la malade dans son lit.

Le tamponnement du canal cervical a une importance majeure. Il a pour but d'abord de décoller mécaniquement les membranes sans les entamer, ensuite de ramollir le col et enfin de provoquer des contractions utérines. En général, au bout de peu de temps, la malade éprouve des douleurs intermittentes qui indiquent que l'utérus se contracte.

Au bout de dix à quinze heures, on retire le tampon et on fait une injection. On trouve alors le col mou et assez dilatable pour admettre aisément l'introduction d'un à deux doigts. La main est alors introduite dans le vagin, un doigt après l'autre, avec beaucoup de douceur, et poussée ouverte jusqu'au col. On ferme alors la main et on la retire doucement. La main fermée agit comme le ballon de Tarnier. Après avoir retiré la main ainsi fermée plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on n'éprouve plus de résistance tout le long du canal vaginal, celui-ci peut être considéré comme assez dilaté pour donner passage à un enfant de volume normal. Comme on a eu soin de respecter les membranes, on peut alors, si besoin est, procéder à la version. (*The N.-York med. Record*, janvier 1894.)

Toutefois, M. Mac-Lean refuse à la méthode le nom d'accouchement forcé, ce n'est qu'un travail provoqué. Il ne reconnaît pas à la gaze iodoformée un avantage sur les ballons en caoutchouc. Chez les primipares, le canal vaginal est trop petit pour admettre l'introduction de la main sans lésions de ce canal et, dans ces cas, il vaut mieux recourir aux dilatateurs. De plus, un autre accoucheur, M. Edgard, est d'avis que cette opération peut avoir des conséquences graves et qu'il ne faut l'employer qu'en présence de dangers menaçants pour la mère ou l'enfant. (*Journal des Praticiens.*)

***

89. — Traitement de la salpingite par évacuation du liquide, réalisée par la méthode électrique (1). — L'auteur nous apprend qu'il a récemment communiqué à la Société d'Obstétrique de New-York un certain nombre de cas traités avec un plein succès par sa méthode.

Le Dr Goëlet ne croit pas que la méthode électrique présente des contre-indications, ainsi qu'on l'a prétendu ; il est prêt à utiliser la dilatation, le curettage, le drainage avec une mèche de gaze dans certains cas, mais les indications sont peu nombreuses et l'électricité remplacera avantageusement ces pratiques dans la majorité des cas. L'électricité n'est pas employée par tous les praticiens par la raison qu'elle n'est pas appréciée à sa juste valeur ; on se donne peu de peine pour l'apprendre et on se contente de la considérer comme un agent mystérieux dont les effets sont sujets à caution : il faut trop se donner de peine pour arriver à l'apprécier à juste valeur.

Le Dr Goëlet énumère les raisons qui lui ont fait accorder la préférence à l'électricité dans le traitement des affections de ce genre ; une pratique de quinze ans lui ayant permis de reconnaître que les anciennes méthodes sont fatigantes, lentes et très infidèles, il accueillit avec satisfaction la méthode nouvelle, qui s'annonçait comme devant donner des résultats rapides, tout en arrachant les malades aux dangers d'une opération sanglante.

L'intervention chirurgicale ne constitue pas du reste une méthode infaillible, tandis que le procédé préconisé par l'auteur satisfait à la fois le médecin et le patient, et plus on utilise cette méthode, plus on apprend à l'apprécier. Il est vrai que le procédé n'est pas applicable à tous les cas, et ne doit pas être employé à l'exclusion de tous les autres. L'orateur a eu souvent à se louer des effets des méthodes du Dr Folk et d'autres, dans les cas justiciables de ces heures de traitement.

L'auteur a pensé qu'il était à peine nécessaire de faire ressortir que, pour obtenir des effets satisfaisants avec ce mode de traitement ou avec un autre, quel qu'il soit, il faut procéder avec discernement et chercher à atteindre un but nettement déterminé ; il n'arrive que

(1) Extrait de la communication faite par le Dr Augustin H. Goelet, de New-York, à la deuxième réunion annuelle de la Société américaine d'Électrothérapie (4, 5 et 6 octobre 1892).

trop souvent qu'on emploie l'électricité au hasard, tout en s'étonnant ensuite de ne pas avoir réussi. De telles façons d'agir ne peuvent que contribuer à discréditer la méthode. Deux choses sont indispensables à qui recherche les succès : un diagnostic très exact et une notion des indications thérapeutiques, et en second lieu l'intuition très nette du but à atteindre au moyen de l'agent électrique.

Goelet se sert du courant galvanique dans le but de produire un relâchement suivi de dilatation du canal cervical, ce qui permet un drainage de la cavité utérine. Pour atteindre ce résultat, l'opérateur indroduit une électrode métallique reliée au pôle négatif dans le canal cervical. Si l'on veut arriver à la dilatation sans cautérisation, on se servira d'un courant faible. S'agit-il, au contraire, de détruire la muqueuse intra-utérine malade, il faudra utiliser un courant plus intense. L'emploi du pôle négatif donne lieu à une évacuation profuse suivie de dépression et à un relâchement suivi de dilatation de l'orifice des trompes, lorsque leur entrée est obstruée par la tuméfaction de la muqueuse.

Il cite l'opinion de Blanc Sutton, qui déclare que l'orifice utérin des trompes est rarement oblitéré, et que l'obstruction n'est due qu'à une tuméfaction de la couche muqueuse permettant une évacuation par cette voie aussitôt que la tuméfaction a cédé.

Le même observateur soutient que les tuméfactions sensibles à la pression de la cavité pelvienne qu'on observe dans ces cas, représentent fort souvent les trompes tuméfiées par catarrhe de leur muqueuse : l'inflammation une fois disparue, le gonflement, la douleur et la sensibilité à la pression disparaissent à leur tour.

Le Dr Goelet a donc pensé que rien ne s'opposait à l'obtention d'un résultat de ce genre, puisqu'on l'a atteint dans d'autres régions du corps. Il a pris l'habitude d'employer à la fois le courant galvanique, comme il est dit ci-dessus, et le courant faradique dans le but de combattre la douleur et la congestion. L'application intra-utérine guérira l'endométrite qui, selon toute probabilité, a été la cause de la salpingite et s'oppose à la disparition de cette dernière.

L'orateur pense que le pôle positif est contre-indiqué s'il y a quelque accumulation de pus ou si l'évacuation du liquide tubaire s'est faite incomplètement. En l'absence de ces deux complications, il emploie, pour combattre la tuméfaction et la congestion, de préférence le pôle positif appliqué dans le vagin ou sur la paroi abdominale.

Au début du traitement, il faut employer le courant faradique pour

calmer la douleur et accoutumer la malade ; il utilise alors la méthode bi-polaire intra-vaginale. Plus tard, il continue l'application du courant faradique dans le vagin, pour exciter les mouvements péristaltiques des trompes destinés à provoquer l'évacuation des liquides.

Goelet insiste sur la nécessité d'utiliser des appareils dignes de confiance, car on observe, dans le cas contraire, que le courant faradique aggravera la situation au lieu de l'améliorer.

L'orateur termine en faisant ressortir que la principale indication du traitement des salpingites de ce genre est de combattre la douleur, de modifier l'engorgement et d'assurer l'évacuation du liquide tubaire par le canal utérin ; l'électricité employée avec discernement permettra certainement d'arriver à la guérison.

(*Trad. de l'anglais par le* Dr Voyt.)

(*Rev. intern. d'électrothér.*)

***

90. — Sur l'électrothérapie en gynécologie. — Les Drs Mandl et Winter rendent compte des résultats obtenus avec l'électrothérapie, chez quatre-vingt-quatorze femmes traitées à la consultation externe de la clinique de M. H. Chrobak. On a eu recours indifféremment à la faradisation et à la galvanisation.

La faradisation, par séances de quinze à vingt minutes, a calmé les douleurs dans des cas d'inflammation chronique des organes pelviens, de para et de périmétrite ; le résultat palliatif a été transitoire, d'une durée de quatre à douze heures.

L'électrothérapie intra-utérine, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques exigibles, s'est révélée comme inoffensive. La sonde ne doit être introduite dans la cavité utérine que sous le contrôle de la vue. Le courant doit avoir une intensité telle que son passage ne détermine pas de douleurs. Il vaut mieux s'en rapporter à la susceptibilité individuelle des malades qu'aux indications du galvanomètre pour régler l'intensité du courant. En fait d'électrode inactive, il faut employer de préférence un gâteau de terre glaise appliqué sur le ventre.

Aucune des femmes traitées à la clinique de Chrobak n'a manifesté une intolérance extraordinaire contre l'emploi de l'électricité ; c'est l'inverse qu'on a observé quelquefois, en ce sens que chez deux fem-

mes, le passage d'un courant de la force de 250 milliampères n'a déterminé qu'une légère sensation de brûlure à la peau.

Les cas traités se répartissent ainsi :

1° Quarante-quatre cas d'endométrite avec métrorrhagies atypiques durant des mois. Le nombre des séances a varié de trois à dix-sept. L'effet de la galvanisation intra-utérine diffère de celui des autres cautérisations, en ce sens qu'une certaine quantité de tissu, décomposée en gaz, agit sur le tissu intact avoisinant, en l'escharifiant ; par suite, une minime quantité seulement de tissu est transformée en eschare solide. Le peu d'épaisseur de cette eschare, sa constitution chimique, le peu d'intensité de la lésion mécanique, sont autant de circonstances qui font que les phénomènes réactionnels sont peu prononcés.

Du reste, la galvanisation intra-utérine ne doit être employée que dans les cas de métrorrhagies profuses. Les séances doivent être espacées à des intervalles de trois à quatre jours, sinon on s'expose à provoquer des phénomènes réactionnels trop violents, par suite de l'absorption insuffisante des tissus nécrobiosés. Cette méthode de traitement a pour avantages d'être indolore, facile à doser, applicable aux femmes non hospitalisées. Dans les cas d'inflammation chronique des annexes, il importe de n'employer que de faibles intensités de courant. Les inflammations récentes des annexes constituent une contre-indication. Quand le traitement est institué avec précaution, il ne semble pas qu'il y ait à craindre qu'il entraîne la stérilité.

2° Dix-sept cas de myômes, dont quinze seulement ont été traités pendant un temps suffisamment long (deux cent quatre-vingt-deux séances). La galvanocaustique intra-utérine est contre-indiquée dans les cas d'inflammation aiguë des annexes, de dégénérescence kystique du myôme, de croissance rapide du néoplasme. Quant on tient compte de ces contre-indications, on obtiendra presque toujours une amélioration plus ou moins prononcée : diminution des hémorrhagies, relèvement de l'état général, mobilité plus grande des tumeurs. Chez quatre malades on a noté une diminution de volume des myômes ; il est vrai que trois de ces femmes se trouvaient à l'approche de la ménopause.

3° L'électricité a été employée avec succès dans trois cas (sur quatre) de dysménorrhée, et dans un cas (sur deux) de subinvolution utérine.

4° Les résultats ont été moins satisfaisants dans onze cas d'aménorrhée et dans douze cas d'exsudats pelviens, de para et de périmétrite, d'in-

flammation chronique des annexes. On n'a jamais observé la résorption rapide des épanchements pelviens.

5° Une amélioration dans un cas de parésie vésicale, dans un cas d'incontinence nocturne des urines, dans un cas de prurit vulvaire et dans un cas d'ovarialgie. (*Wiener Klin. Wochenschrift.*)



91. — Le traitement conservateur de la salpingite, par P. Mundé. — Pour beaucoup de chirurgiens et de gynécologistes de nos jours et plus particulièrement de ces dernières années, l'ablation des trompes et des ovaires était le seul moyen de guérir l'inflammation de ces organes.

Mundé avoue qu'il a lui-même opéré des malades qu'avec un peu de patience et de persévérance il eût pu guérir sans intervention opératoire, et que, d'autre part, un certain nombre de ses opérées n'ont pas été guéries de leurs maux.

Ce qui doit ajouter encore à la circonspection du gynécologiste, c'est la difficulté d'un diagnostic précis.

Quelles que soient les sensations perçues au toucher : immobilisation de l'utérus, tumeur dans les culs-de-sac......, ce n'est que par la laparotomie que l'on peut se rendre un compte exact des adhérences, des épaississements, de l'occlusion de la trompe.

Aussi, dans le doute, avant de recourir aux méthodes radicales d'ablation, Mundé estime-t-il qu'il faut s'adresser au traitement palliatif (non opératoire) ou aux procédés conservateurs.

Les cas aigus, subaigus ou chroniques d'inflammation tubo-ovarienne seront traités médicalement par les moyens suivants :

A la période aiguë : repos, cataplasmes, douches vaginales chaudes, calmants de la douleur et de la fièvre ; à la période subaiguë : les tampons vaginaux iodés et glycérinés, les bains de siège et les révulsifs cutanés peuvent amener la guérison en trois ou six semaines. A la période chronique, le même traitement donnera quelquefois la guérison, ou une amélioration et en tout cas évitera à la malade la section abdominale avec ses dangers.

Sans doute, ajoute Mundé, ce traitement ne donne pas toute satisfaction, mais il serait heureux s'il pouvait amener la jeune génération médicale à user moins du bistouri et à chercher à conserver à la femme ses organes caractéristiques.

Mundé ne croit guère à l'efficacité du massage dans le but de libérer les annexes adhérentes non plus d'ailleurs qu'à la dilatation de la cavité utérine selon la méthode de Pryor et autres.

Il admet comme très rationnelle la manière de faire recommander par plusieurs auteurs, dans laquelle on se borne après ouverture du ventre, à rompre les adhérences tubo-ovariennes, à laver la trompe pour la débarrasser du muco-pus qu'elle peut contenir.

Il admet encore les oophorectomies partielles où l'on se borne soit à ouvrir au thermocautère les kystes folliculaires, soit à les réséquer et suturer leurs parois au catgut. En somme, il faut s'abstenir de l'ablation des organes malades autant que possible et s'adresser aux méthodes conservatrices du traitement.

(*Acad. de médec.*, New-York 1893).



92. — Du sucre dans le traitement de l'inertie utérine au cours de l'accouchement. — D'après une hypothèse émise par deux confrères italiens, MM. les docteurs U. Mosso, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Gênes, et L. Paoletti, à savoir que l'usage interne du sucre, qui exerce une action excitante à l'égard des muscles volontaires, pourrait avoir aussi pour effet de stimuler le muscle utérin, M. le docteur L. Bossi, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Gênes, a eu l'idée d'administrer le sucre dans les cas de faiblesse des contractions utérines survenant pendant le travail. Il a trouvé que cette substance, autant qu'on peut en conclure d'après le petit nombre de faits observés jusqu'ici, paraît être un bon excitant des contractions de l'utérus, tout en étant exempte des inconvénients de l'ergot de seigle et de ses préparations.

Dans onze cas d'inertie utérine au cours de l'accouchement, 30 grammes de sucre dissous dans 250 grammes d'eau ont été administrés aux parturientes, et chez dix d'entre elles, ont produit sur les contractions de l'utérus un effet des plus favorables. Cette action ecbolique du sucre s'est fait sentir au bout de vingt-cinq à quarante-cinq minutes et dans nombre de cas, s'est prolongée suffisamment pour amener l'expulsion de l'enfant. D'autres fois il a fallu administrer une seconde dose de 30 grammes de sucre une heure après la première, pour voir et terminer l'accouchement.

Les contractions provoquées par l'ingestion de sucre ont toujours présenté une régularité parfaite, et n'ont jamais revêtu de caractère tétanique.

Si ces faits venaient à se confirmer, l'accoucheur trouverait dans le sucre un moyen thérapeutique précieux, appelé surtout à rendre des services dans la pratique rurale.

(*Journal d'Accouchements.*)



93. — Un cas de rupture utérine suivie de guérison, par M. le professeur Dohrn (1). — On commence à parler des cas de rupture utérine guéris grâce au tamponnement des organes génitaux au moyen de gaze iodoformée.

Voici la relation succincte d'une observation de ce genre.

Le 9 décembre de l'an dernier, on transporte à la clinique du professeur Dohrn une paysanne dans un état alarmant : le pouls est filiforme rapide, la face blême. A l'examen du bas-ventre, on reconnaît l'existence d'un tympanisme considérable.

L'utérus est contracté. Le fond de cet organe est reporté à droite de la ligne médiane à la hauteur de la cicatrice ombilicale.

Il existe une métrorrhagie abondante et un bout de cordon apparaît à l'entrée de la vulve.

Tels sont les résultats fournis par l'examen de la malade dont voici la singulière odyssée :

Cette personne âgée de 41 ans a toujours eu une santé florissante et a ressenti les douleurs de l'enfantement la nuit précédente.

La sage-femme ayant reconnu l'existence d'une présentation transversale fait appeler un médecin de bon matin.

Ce praticien tente la version podalique sans administrer de chloroforme à la patiente, mais sa main introduite dans l'utérus pénètre subitement dans le ventre, la tête de l'enfant passe dans la cavité péritonéale et les douleurs expulsives cessent complètement.

Ayant renouvelé sa tentative de version, le médecin parvient à saisir un pied et à extraire un enfant mort-né. Le placenta est resté dans l'utérus et c'est dans ces conditions que la femme est conduite à la clinique de Kœnigsberg.

On procède au lavage de la sphère génitale au moyen d'une solution phéniquée à 5 %.

(1) *Centralb. für gynæk.* 1894, n° 11.

Après avoir soigneusement désinfecté le vagin, l'assistant de M. le professeur Dohrn constate une déchirure intéressant la partie gauche du col et le cul-de-sac vaginal antérieur, puis pénètre dans la cavité péritonéale où s'est engagé le placenta qu'il ramène à l'extérieur.

L'opérateur fait un tamponnement vaginal au moyen d'une bande de gaze iodoformée de 6 mètres de long et large de 8 centimètres.

Le tampon qui du reste était inodore a été enlevé le seizième jour. La malade s'est guérie malgré la production d'une pneumonie survenue 4 semaines plus tard.

Le 16 janvier, la personne qui fait l'objet de cette observation est complètement guérie. Il existe une cicatrice intéressant le col et le cul-de-sac vaginal antérieur. Il s'est produit une dextroversion et une fixation anormale de l'utérus. Dr H. LAMBINON.

(*Journal d'accouchements.*)



94. — **Statistique du placenta prævia**, par TOWNSEND. — Depuis trente ans, on a noté 6,700 délivrances à la maternité de Boston et seulement 28 cas de placenta prævia (5 central, 15 pariétal et 18 partiel) sur 17 multipares et 11 primipares. Dans ces 28 cas il y eut : 13 fois une délivrance naturelle, 3 fois usage du tampon et 12 fois emploi de la version. (*Boston med. and Surgical Journal,* 21 déc. 1893).

Comme résultats : guérison de la mère : 25 fois ; décès : 3 fois— survie de l'enfant : 17 fois ; dècès: 3 fois ; — enfants mort-nés : 6 fois. Townsend signale la mortalité plus grande du fœtus dans les cas de placenta prævia central.

(*Journal des Praticiens.*)

FORMULAIRE

Arrêt de développement des myomes utérins par la décongesti on de l'appareil utéro-ovarien.

(JULES CHÉRON.)

On s'accorde de plus en plus à reconnaître que le développement des myomes utérins est sous la dépendance de troubles de la circulation artérielle, d'ordre congestif. Préserver l'utérus des irritations intenses et prolongées, le soustraire aux états congestifs de longue

durée, c'est donc prévenir le développement des myomes utérins et, s'il existe un myome congénital, c'est arrêter le développement de cette tumeur.

Ces idées, que j'ai défendues, il y a longtemps déjà, et que les recherches récentes de M. Gottschalk sur l'hystogénèse des myomes de l'utérus sont venues confirmer de point en point, m'avaient conduit à employer, dans ma pratique journalière, les différents moyens de décongestion de l'appareil utéro-ovarien pour arrêter le développement de ces tumeurs. Ayant toujours eu d'excellents résultats par cette thérapeutique, je crois bon d'y revenir rapidement dans ce formulaire.

Aux moyens décongestifs généraux, tels que : hydrothérapie, bains stimulants, frictions sèches sur tout le corps, etc., il convient d'associer toujours les moyens décongestifs locaux, plus puissants encore, et que je vais énumérer :

1° Ce sont d'abord les injections vaginales chaudes et abondantes, faites avec de l'eau bouillie, rendue légèrement antiseptique par l'adjonction d'acide borique ou d'acide phénique, etc.

2° Les scarifications du col, pratiquées plusieurs fois par mois, sont encore plus actives.

3° Les dilatations répétées du canal cervical, dilatations qu'on peut faire extemporanément dans son cabinet et sans garder les malades au lit, sont sans danger aucun, si on prend les précautions antiseptiques nécessaires ; leur puissance décongestive est prouvée par l'arrêt des hémorrhagies, dans les cas où il n'y a pas de lésions trop accentuées et trop invétérées de l'endomètre.

4° Les intermittences rythmées du courant continu ou, à défaut d'un outillage électrique approprié, le massage doux et prolongé de l'utérus.

5° Enfin, la stimulation de la cavité utérine, soit extemporanément avec la sonde, avec les topiques divers, soit d'une façon continue avec le drain de crin de Florence dont j'ai fait il y a longtemps une application et une étude spéciales (1).

(1) Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1892.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LA FEMME. SUPÉRIORITÉ DE LA MÉTHODE DE THURE BRANDT.

I. — L'incontinence d'urine, chez la femme, est un symptôme trop pénible pour ne pas mériter toute l'attention des gynécologistes. L'électrisation locale (galvanisation du sphincter vésical surtout), l'emploi des antispasmodiques (belladone, jusquiame, etc.) pour combattre l'irritabilité de la vessie, l'emploi des strychnés (noix vomique, strychnine, etc.) pour s'opposer à la parésie du sphincter de la vessie, sans compter tous les moyens indirects susceptibles d'agir sur l'état général en le tonifiant (hydrothérapie, séjour au bord de la mer, etc.) constituent les ressources classiques que nous avons à notre disposition pour combattre cette infirmité si désagréable. Encore, pour être complet, faudrait-il discuter les indications de la colporrhaphie antérieure quand l'incontinence d'urine semble en rapport avec une cystocèle plus ou moins accentuée, les indications des pessaires de Hodge, de Schultze, etc., de l'hystéropexie, du raccourcissement des ligaments ronds, etc., quand on a lieu de soupçonner que l'utérus dévié peut jouer un rôle plus ou moins considérable dans la déformation du

sphincter de la vessie. Il resterait enfin (1) à envisager les cas plus rares, mais non exceptionnels d'incontinence due à un état congestif du bas-fond de la vessie et de la face postérieure de l'urèthre, soit sous l'influence des règles, soit sous l'influence d'une affection chronique de l'utérus (fibrome, subinvolution avec endométrite, etc.) Dans cette dernière catégorie de faits, c'est la décongestion de l'utérus, c'est le traitement de la dysménorrhée qui font cesser l'incontinence d'urine (2).

On voit, par ce rapide exposé, que le problème de la thérapeutique de l'incontinence urinaire, chez la femme, est susceptible de nombreuses solutions, suivant le cas que l'on examine. Il convient d'ajouter que la plupart des moyens que nous venons de passer en revue, pour efficaces qu'ils soient quand ils sont judicieusement employés, n'en présentent pas moins l'inconvénient de n'agir qu'assez lentement, s'il s'agit des moyens non opératoires, et d'être relativement compliqués, si on s'adresse à une des opérations plastiques, telles que l'hystéropexie, l'opération d'Alexander, la colporrhaphie, etc.

Aussi, peut-on dire, sans être taxé d'exagération, que l'emploi de la méthode de Thure Brandt constitue un progrès considérable dans le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. En effet, cette méthode est applicable dans toutes les variétés que nous avons analysées tout à l'heure ; elle est d'une simplicité plus grande que tout autre moyen local et n'exige aucun outillage spécial, elle agit enfin avec une rapidité souvent surprenante. Je l'ai utilisée, avec

(1) Nous laissons de côté, bien entendu, la question des fistules vésico-vaginales et celle des destructions plus ou moins étendues de la cloison vésico-vaginale dans la période ultime du cancer utérin.

(2) C'est ainsi que, dans plusieurs cas d'incontinence, au moment des règles, chez des femmes atteintes de fibromes intra-pariétaux, nous avons vu disparaître l'incontinence à la suite d'un certain nombre de dilatations du canal cervical, faites avant les règles de façon à supprimer la dysménorrhée concomitante. (J. B.)

succès, pour ma part, dans une dizaine de cas d'intensité moyenne et dans un cas relativement grave que j'ai rapporté, en 1892, dans ce journal (1), à propos d'une observation analogue de M. Popelin (2). J'ai revu, ces jours-ci, la malade que j'avais traitée il y a deux ans ; elle est restée parfaitement guérie de son incontinence d'urine, sans autre traitement que les 18 massages que je lui avais faits à cette époque.

Les observations de ce genre ne sont pas très nombreuses, sans doute en raison des préjugés que rencontre encore le massage gynécologique, préjugés contre lesquels beaucoup de nos confrères n'osent pas lutter ouvertement, par un sentiment facile à comprendre ; aussi faut-il savoir gré au Dr Narich (3) (de Smyrne) de la persistance avec laquelle il revient sur ce sujet. Aux six observations qu'il a déjà publiées en 1891 et 1893, M. Narich en ajoute deux autres que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Obs. VII. (Narich). — Mme X..., 40 ans. Maigre et nerveuse. A accouché naturellement de 4 enfants. Pas de grossesse depuis 7 ans. Rétroversion utérine immobile remontant peut-être à son dernier accouchement, avec adhérences légères probables. Réduction bimanuelle et application d'un pessaire en 8 de chiffre de Schültze. Cette femme urine 8 à 10 fois par jour. Son état nerveux auquel la rétroversion n'était pas étrangère (vu qu'elle se porte mieux depuis la réduction) subissait des exacerbations pendant lesquelles la miction était encore plus fréquente. La nuit surtout, elle en est très incommodée.

En novembre 1893, je fais une première séance de massage ; je glisse la pulpe de l'index le long de l'urèthre sans comprimer ce dernier, et lorsque je juge avoir atteint le sphincter vésical, je presse

(1) Jules Batuaud. Guérison de l'incontinence d'urine chez la femme, par la méthode de Thure Brandt. *Revue des maladies des femmes*, juin 1892.

(2) Popelin. *Policlinique* (de Bruxelles), n° 1, p. 7 et travail précédent.

(3) Narich. *Communications à la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, novembre 1891, novembre 1893, mai 1894.

celui-ci contre la face postérieure du pubis et alors je masse en promenant l'extrémité du doigt 5 à 6 fois, alternativement vers la gauche et vers la droite, tout en comprimant avec une force suffisante. Le lendemain, deuxième séance. Après la troisième séance, faite le surlendemain, la patiente se déclare guérie. Depuis lors, six mois se sont écoulés sans retour de l'incontinence.

L'observation qui suit, ajoute M. Narich, est des plus intéressantes, car la pauvre femme qui en est l'objet perdait ses urines d'une façon si abondante et si continue que son linge, son appartement et la maison sentaient au point que la propriétaire, chargée de lui donner quelques soins, lui conseillait d'entrer à l'hôpital dans la section des infirmes. Le massage du sphincter seul a donné un excellent résultat, malgré l'état sénile des fibres musculaires de la vessie. Le procédé ne serait-il pas à essayer dans les hospices spéciaux où l'incontinence d'urine des vieilles femmes est souvent considérée comme une incurable infirmité ?

Obs. VIII. (Narich). — Mme X.., femme de 70 ans, ancienne multipare atteinte d'une affection cardiaque pour laquelle un pharmacien me prie de lui faire une visite de consolation et m'apprend en outre qu'elle est atteinte d'une infirmité désagréable, car son urine coule constamment, ce qui incommode fort sa propriétaire, qui désirerait qu'on l'engageât à entrer à l'hôpital. En entrant dans la maisonnette dont la malade occupe une chambre au rez-de-chaussée, une forte odeur d'urine saisit l'odorat, odeur insupportable quand on entre dans l'appartement; et cela malgré les soins de propreté dont la propriétaire et sa fille entourent la patiente. A l'auscultation, lésions valvulaires accentuées ; pouls à peu près normal. Elle avait de l'anasarque actuellement disparu, grâce au traitement institué par un autre confrère. Je l'engage à continuer la teinture de strophantus et l'iodure de potassium récemment prescrit par ce dernier et je lui promets quelque amélioration du côté de l'incontinence d'urine, ce qu'elle ne peut espérer, dit-elle. Allongée sur un sofa, le dos, les épaules et la tête élevés à cause de la dyspnée, j'introduis l'index enduit de vaseline antiseptique et je masse *la région*

sphinctérielle seule contre la face postérieure du pubis en procédant comme dans le cas précédent. Le lendemain (10 décembre 1893), elle me dit que l'urine avait coulé moins et qu'elle sentait quelque tendance à la retenir. Elle se soumet volontiers à la deuxième séance. Le 11 et le 12, pas de massage, n'ayant pas pu me rendre auprès de la malade. Le 13, elle se déclare très satisfaite ; la propriétaire et sa fille me disent « qu'en guérissant la vieille de son infirmité j'avais soulagé trois personnes », et sur ce, elles me demandent la formule « de la merveilleuse pommade ». Je leur explique que j'avais agi par le massage et j'en pratique la troisième séance. La guérison se maintient jusqu'au 30 décembre. Du 1er au 12 janvier 1894, la patiente étant atteinte d'influenza, des secousses, des quintes de toux ramenèrent le relâchement du sphincter vésical et l'écoulement de l'urine se produisit, mais à un degré bien moindre qu'auparavant. Trois séances successives de massage amenèrent de nouveau la guérison qui dura jusqu'à la mi-février, moment où j'ai cessé d'avoir des nouvelles de la malade.

Dans notre précédente revue (juin 1892), nous avons décrit le procédé de Thure Brandt. Voici, pour finir, le procédé simplifié par M. Narich :

« Introduire l'index graissé en suivant la paroi supérieure du vagin jusqu'au niveau du sphincter vésical et même un peu au-dessus. Comprimer la région sphinctérienne contre la face postérieure du pubis en promenant le bout de l'index alternativement à droite et à gauche. Le mouvement qu'on fait 4, 6 ou 8 fois, uni à la compression contre le pubis, constitue le massage. Le massage de cette région étant légèrement douloureux, les femmes, craignant qu'il ne dure trop longtemps et que la douleur n'aille en augmentant, demandent que l'on cesse dès le deuxième ou le troisième mouvement. C'est pour cela que, dès la première séance, il est bon de commencer par deux ou trois mouvements légers et n'augmenter la pression que graduellement tout en affirmant à la patiente qu'en effet cela ne durera pas plus de quelques secondes ».

En résumé, le traitement de l'incontinence d'urine, chez la

femme, par le massage direct du sphincter de la vessie représente un véritable progrès sur les autres modes de traitement de cette pénible infirmité ; c'est en effet un traitement à la fois très simple et d'une efficacité rapide et durable.

JULES BATUAUD.

DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence,

Par le Dr Prosper BOUTEIL, ancien interne de Saint-Lazare.

(*Suite et fin*).

—

OBSERVATION X (Résumée)

Catarrhe cervical. — Endométrite fongueuse. — Ectropion double. — Polype muqueux à la commissure droite de l'orifice cervical.

La nommée Mélina R..., âgée de 42 ans, est entrée à Saint-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 1er novembre 1891.

Diagnostic du dispensaire : Catarrhe purulent. Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleur.

Mariée à 23 ans, elle a 3 enfants qui vivent encore ; le dernier accouchement date d'il y a 12 ans. Ces accouchements ont été naturels et faciles.

Depuis longtemps, cette malade perd par mèches ; ses règles sont devenues irrégulières, et à plusieurs reprises, elle a dû s'aliter parce qu'elle était continuellement dans le sang.

Le toucher bimanuel montre que l'utérus est gros, et qu'il n'y a pas de lésions du côté des annexes. Le col est gros ; l'orifice béant, les lèvres du col en ectropion.

L'examen au spéculum montre deux gros ectropions ulcérés et un polype muqueux situé à la commissure droite de l'orifice cervical. Il sort de l'orifice du col une mèche muco-purulente.

Longueur de l'utérus : 8 cent. ; l'isthme est ouvert.

Le curettage d'exploration ramène des fongosités.

Diagnostic : Evolution morbide de la muqueuse du canal cervical sous la forme de deux gros ectropions. — Polype muqueux à la commissure droite de l'orifice cervical. — Catarrhe cervical. — Endométrite fongueuse.

Le 15 *novembre* : Curettage de la cavité, ablation des ectropions et du polype. — Hersage du canal. — Pansement iodoformé.

Suites normales : *la malade* est sortie guérie le 25 décembre 1891.

OBSERVATION XI (Résumée).

Congestion utérine. Endométrite cervico-utérine. Ectropion double.

La nommée Netta V..., âgée de 20 ans, est entrée à Saint-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 9 sept. 1891.

Diagnostic du dispensaire : Ulcération du col et catarrhe utérin.

Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été régulières sans douleur, peu abondantes, durant 4 jours.

Elle n'a eu ni enfant ni fausse-couche. Se plaint de souffrir depuis deux ans dans les reins et dans le ventre, et d'avoir des pertes muco-purulentes s'échappant par mèches et tachant le linge.

Toucher. Utérus mobile, normalement placé ; rien dans les culs-de-sac.

Spéculum. Col gros, violacé, ectropion sur les deux lèvres. Mèche muco-purulente très adhérente à l'orifice cervical.

Diagnostic. Congestion utérine ; endométrite cervico-utérine de forme catarrhale. Ectropion des deux lèvres.

25 sept. Traitement préparatoire ordinaire.

Le curettage ramène des morceaux de muqueuse épaissie. Hersage du canal cervical. Curage avec la curette à dents. Drainage.

Pansement à la gaze iodoformée. Suites normales.

Drain enlevé le 20 Octobre. Plus de sécrétion à l'orifice cervical.

La malade sort le 15 novembre guérie.

Elle a ses règles au moment de sa sortie.

OBSERVATION XII (Résumée).

Endométrite et endocervicite d'origine blennorrhagique. Curettage. Drainage, Guérison.

La nommée Marie V..., âgé de 32 ans, est entrée à Saint-Lazare le 1er mars 1893.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite des culs-de-sac.

Réglée à 16 ans, toujours bien.

Déflorée à 20 ans.

Deux accouchements : l'un à 27 ans, l'enfant a vécu trois mois ; le second a 29 ans. L'enfant est venu au monde à six mois et demi et il était mort depuis dix jours.

Cette malade souffre modérément, mais elle perd en blanc et par mèches.

Rien du côté des organes génitaux.

Rien du côté des annexes.

Utérus mobile, en rétroversion.

Examen au spéculum. Col gros, orifice externe laissant pénétrer le petit doigt ; isthme largement ouvert.

21 *mars*. — Curettage.

La curette amène des lambeaux de muqueuse épaissie et ramollie en quantité notable.

Drainage au crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Suites normales.

La malade sort le 6 avril.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Endométrite chronique de forme fongueuse.— Curettage. — Guérison.

La nommée Victoire Gr. est entré à Saint-Lazare le 19 mai 1893.

Diagnostic du dispensaire. Erosion du col ; Vaginite des culs-de-sac.

Réglée à 14 1/2 toujours bien ; Durée 4 jours.

Déflorée à 15 ans.

Elle accouche à 16 ans d'un enfant qui vit encore.

A 18 ans elle accouche d'un enfant qui est mort d'athrepsie.

Elle a de la leucorrhée abondante causée par de la vaginite et par l'endométrite.

Toucher. — Rien du côté des annexes. Utérus gros, mobile et normalement situé.

Diagnostic : Congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien. Endométrite chronique. Vaginite des culs-de-sac.

Après guérison de la vaginite, M. Chéron fait le 20 juin 1893 le curettage de la cavité.

La curette ramène de grosses fongosités. Suites normales. Pansement iodoformé.

8 *juillet*. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Endométrite fongueuse.— Endocervicite.— Rétroversion et latéroposition droite. — Curettage. — Drainage. — Guérison incomplète.

La nommée Seney..., âgée de 22 ans, entrée à Saint-Lazare le 25 mai 1893.

Diagnostic du dispensaire : *Uréthrite — Catarrhe utérin — Gale*.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, sans douleur.

Accoucha à 17 ans, à Lariboisière, d'un enfant qui vécut deux mois.

A 18 ans, accoucha une seconde fois ; l'enfant vécut trois mois.

Depuis ses règles sont très irrégulières et très abondantes, durant 8 jours.

Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles.

Il y a un mois elle a eu un abcès du sein qui s'est ouvert spontanément.

Actuellement elle a sur les joues et sur le corps une éruption d'impétigo.

Toucher. Utérus situé à droite de la ligne médiane et en rétroversion. Le cul-de-sac n'existe pas à droite ;

Les autres culs-de-sac sont normaux. Examen au spéculum : Col gros violacé ; de l'orifice cervical s'écoule un liquide épais verdâtre.

Les deux lèvres du col sont en ectropion.

21 juin. Dilatation à la laminaire ;

22 juin. Curettage. Drainage.

Attouchements à la glycérine créosotée.

Pansement iodoformé.

Suites normales ; il n'existe plus de sécrétion à l'orifice cervical ; la latéroposition et la rétroversion persistent.

CONCLUSIONS

I. — Le curettage de la cavité utérine peut être pratiqué facilement sans abaisser l'utérus à la vulve, à la condition d'avoir à sa disposition un outillage spécial et d'ailleurs peu compliqué.

II. — Ce curettage à hauteur nous semble la méthode de choix, toutes les fois que des lésions péri-utérines (lésions des annexes, pelvipéritonites, résidus d'abcès pelviens) compliquant l'endométrite, rendent l'abaissement artificiel difficile ou dangereux.

III.— L'abaissement artificiel peut, en effet, être rendu difficile par le volume de l'utérus (en cas de tumeur fibreuse par exemple) ou par l'existence d'adhérences anciennes autour de la matrice ; — il peut être dangereux dans certains cas de kystes salpingiens ou d'abcès péri-ovariques dont la rupture pourrait être provoquée par cette manœuvre.

IV. — Nous considérons le curettage de la cavité utérine, avec la technique spéciale que nous avons décrite comme indiqué :

1° Dans toutes les formes de l'endométrite chronique avec ou sans sub-involution, avec ou sans métrite concomitante ;

2° Dans l'endométrite puerpérale aiguë ou subaiguë (on emploie alors des curettes d'un volume et d'une résistance appropriés) ;

3° Dans les salpingites catarrhales avec ou sans ovarite scléro-kystique ;

4° Dans certaines supurations pelviennes dont le pronostic ne semble pas immédiatement menaçant, et alors qu'on peut espérer l'évacuation du pus par la filière génitale ;

5° Contre la stérilité dont la seule cause puisse être attribuée à l'endocervicite compliquée d'endométrite. — Dans ce cas il est indispensable, en même temps qu'on fait le curettage de la cavité utérine, de traiter, convenablement, les lésions du canal cervical et la sténose du col si elle existe.

V. — Le curettage sans abaissement de l'utérus représente une opération aussi complète que le curettage avec abaissement, si l'on sait donner aux curettes la courbure appropriée à chaque cas et si l'on prend soin de faire méthodiquement l'abrasion de la muqueuse (face antérieure, face postérieure, fond et angles utéro-tubaires).

VI. — Les résidus de périmétrite et de paramétrites chroniques ne constituent pas une contre-indication du curettage sans abaissement.

VII. — Ce qui justifie l'indication du curettage alors même qu'il existe des lésions des annexes et des lésions péri-annexielles, c'est ce que ces lésions sont manifestement entretenues dans la majorité des cas par l'infection de la cavité utérine (Trélat, Le Dentu, Pozzi, Chéron, Doléris, etc.).

VIII. — Le drainage de la cavité utérine au moyen du crin de Florence (drain en anse du Dr Chéron) est une méthode d'un emploi facile, ne présentant aucun danger, à la condition que les règles de l'antisepsie soient rigoureusement observées.

IX. — Le drainage représente un moyen complémentaire du curettage dont les indications les plus nettes sont les suivantes :

1° Les irrégularités et flexuosités du canal cervical (dysménorrhée mécanique) ;

2° Les sténoses de l'orifice externe (dysménorrhée) ;

3° Les déviations utérines (versions et flexions) ;

4° Les collections séreuses ou séro-purulentes des trompes.

X. — Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès.

XI. — Sans vouloir discuter les indications précises de l'hysté-

rectomie vaginale et de l'ablation des annexes dans les suppurations pelviennes nous croyons :

1° Que le curettage sans abaissement peut toujours être fait sans inconvénient alors qu'aucun symptôme alarmant ne rend urgente une opération radicale ;

2° Qu'il est rationnel d'essayer tout d'abord un mode de traitement qui ne présente aucun danger avant de se résoudre à faire une ablation que le curettage rendrait peut-être inutile.

CONTRE-INDICATIONS

Nous considérons le curettage comme contre-indiqué par tous les états inflammatoires aigus de l'utérus, à l'exception de la septicémie puerpérale.

TECHNIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES
de sérum artificiel

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

—

A la suite de la publication, dans ce journal, de notre travail intitulé : *Indications thérapeutiques et traitement des inflammations pelviennes, rôle des transfusions hypodermiques* (1), nous avons reçu d'un grand nombre de nos lecteurs des demandes de renseignements sur la technique des transfusions hypodermiques, sur l'action physiologique de ces transfusions et enfin sur le mode d'emploi des appareils cliniques, permettant de mesurer la tension artérielle. Nous n'avons pu, jusqu'ici, donner satisfaction complète à nos correspondants, sur ce sujet, et nous avons dû nous borner à les renvoyer à notre ouvrage : *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, publié l'année dernière à la Société d'Editions scientifiques. Actuellement, l'heure nous semble venue de résumer pour les lecteurs de la *Revue des maladies des femmes*, les notions les plus importantes à connaître pour appliquer rationnellement et scientifiquement les transfusions hypodermiques au traitement des inflammations

(1) *Revue des maladies des femmes*, 1893 et janvier 1894.

pelviennes, et nous commençons aujourd'hui par la *Technique des transfusions hypodermiques*.

I

Technique des transfusions hypodermiques (1).

Sommaire. — Formule du sérum artificiel complet et concentré préconisé par l'auteur. — Mode de préparation de ce sérum. — Conservation de ce sérum.

Température du sérum à injecter. — Détermination de la quantité de sérum à injecter à chaque transfusion et fréquence variable des transfusions suivant les cas. — Rapidité d'introduction de ce sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Siège de la transfusion.

Instrumentation. — Les deux principaux modèles de transfuseurs de l'auteur.

Manuel opératoire : Antisepsie des instruments, antisepsie de la région, mode d'emploi des instruments, précautions générales à prendre dans le cas de transfusions abondantes.

Formule du sérum artificiel complet et concentré. — Le sérum artificiel que je préconise comme remplissant le mieux le but qu'on se propose d'atteindre avec la transfusion hypodermique, est préparé selon la formule suivante :

Acide phénique neigeux	1 gr.
Chlorure de sodium	2 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Sulfate de soude	8 gr.
Eau distillée	100 gr.

Mode de préparation de ce sérum. — Pour préparer ce sérum, on doit se servir de sels chimiquement purs et obtenus par cristallisations successives ; ces sels doivent être dissous dans de l'eau distillée chimiquement pure ; enfin le sérum doit être stérilisé à l'étuve, c'est-à-dire porté à une température de 123°.

Conservation du sérum. — Le sérum doit être placé dans des flacons de verre bouchés à l'émeri et préalablement nettoyés et stérilisés. Ces flacons seront placés dans un endroit sec et à l'abri de la lumière qui décomposerait à la longue l'acide phénique. Il faut pouvoir, avant chaque transfusion, constater la limpidité parfaite du sérum et l'absence de tout nuage dans le liquide ; c'est pourquoi je conseille de n'employer que des fla-

(1) Extrait du chapitre III de l'Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie, par le Dr J. Chéron.

cons en verre blanc. Pour soustraire le liquide à l'action de la lumière, il suffit d'envelopper le flacon avec du papier formant une gaine complète jusqu'au goulot.

Lorsque le sérum a été bien préparé, et lorsqu'on prend les précautions que je viens d'indiquer, il se conserve en général trois semaines à un mois sans aucune altération.

Température du sérum à injecter. — Le sérum artificiel ne doit pas être à une température trop basse au moment de la transfusion. Pour que cette transfusion ne soit pas douloureuse, et pour que l'absorption du liquide soit facile, il doit être porté à 38° centigrades. Pour cela le réservoir qui contient le sérum sera simplement plongé, pendant quelques instants, dans de l'eau chaude, si la quantité de sérum à injecter n'est pas supérieure à 20 grammes et est transfusée à l'aide d'une seringue. Si, au contraire, la quantité du sérum à transfuser est plus considérable, 40, 80 grammes et plus, il faudra chauffer le sérum au bain-marie, dans l'éprouvette du transfuseur et porter la température à 39 ou 40°, la température du sérum tendant à s'abaisser de 1 à 2° avant son arrivée sous la peau.

Quantité de sérum à injecter à chaque transfusion et fréquence des transfusions. — La quantité de sérum à injecter à chaque transfusion est variable, suivant l'effet que l'on veut produire et suivant le cas dans lequel se trouvent les malades. Les doses rentrent dans les catégories suivantes : doses faibles de 5 gr. à 10 gr. ; doses moyennes de 15 gr. à 30 gr. ; doses élevées de 60 gr. à 120 gr. La transfusion hypodermique de sérum artificiel complet et concentré ne nécessite jamais l'emploi de quantités plus considérables de liquide.

Je tiens à dire immédiatement que je n'ai jamais observé le moindre phénomène toxique, bien que j'aie très fréquemment fait des transfusions de 120 gr. en une seule fois, ce qui correspond à l'introduction rapide, dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'une quantité élevée d'acide phénique neigeux : 1 gr. 20 avec notre sérum habituel. J'ai répété, bien souvent, cette transfusion massive devant mes élèves, dans mon service de Saint-Lazare et, je le répète, jamais nous n'avons vu le moindre signe d'intoxication phéniquée, jamais d'urines noires, jamais d'accidents

d'aucune sorte. Le fait est intéressant à signaler, d'autant plus que l'on sait avec quelle facilité se produisent des phénomènes d'intoxication quand on administre l'acide phénique en lavements. On ne saurait attribuer cette tolérance spéciale à un défaut d'absorption, car la transfusion ne laisse après elle aucune induration locale, si l'on fait un massage soigneux de la région, ainsi que nous en avons l'habitude.

La fréquence des transfusions est très variable, suivant les cas. Exceptionnellement on peut avoir à répéter 2, 4, 6 transfusions dans la même journée. Habituellement on fait une transfusion tous les jours ou tous les deux jours ; quelquefois une transfusion par semaine, voire même par mois, suffit à obtenir le résultat désiré.

Rapidité d'introduction du sérum dans le tissu cellulaire souscutané. — Pour que la transfusion hypodermique soit bien supportée et n'éveille pas de douleur, il y a lieu de la pratiquer très lentement. Il semble très difficile à ceux qui n'ont pas vu faire ces transfusions qu'on puisse introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané 20 gr., 60 gr., et même 120 gr. de liquide sans causer aucune souffrance. La douleur est facilement évitée si l'on règle la pénétration du sérum sous la peau de façon à n'injecter que 2 à 5 grammes de liquide par minute, et cela par une poussée régulière et continue, sans secousses et sans arrêts brusques.

Siège de la transfusion. — Toute région riche en hypoderme peut être choisie pour siège de la transfusion ; la masse sacrolombaire, par exemple, ou mieux encore, la fossette existant immédiatement en arrière du grand trochanter. Alors même qu'on fait un nombre plus ou moins grand de transfusions chez le malade, il n'y a pas lieu de varier beaucoup la région choisie pour faire la piqûre. En effet, tous les sels qui entrent dans la composition de mon sérum artificiel sont en dissolution parfaite et se résorbent complètement, sans laisser aucune induration locale, si on prend soin de suivre la technique que nous allons indiquer.

Instruments pour la transfusion hypodermique. — Je ne décri-

rai, dans cet extrait, que les deux plus importants de ces instruments. Le premier s'emploie pour les transfusions à doses massives, le second pour les doses de 5 à 10 grammes.

Le transfuseur automatique, construit, sur mes indications, par M. Dubois, se compose : 1° d'un récipient d'une capacité de

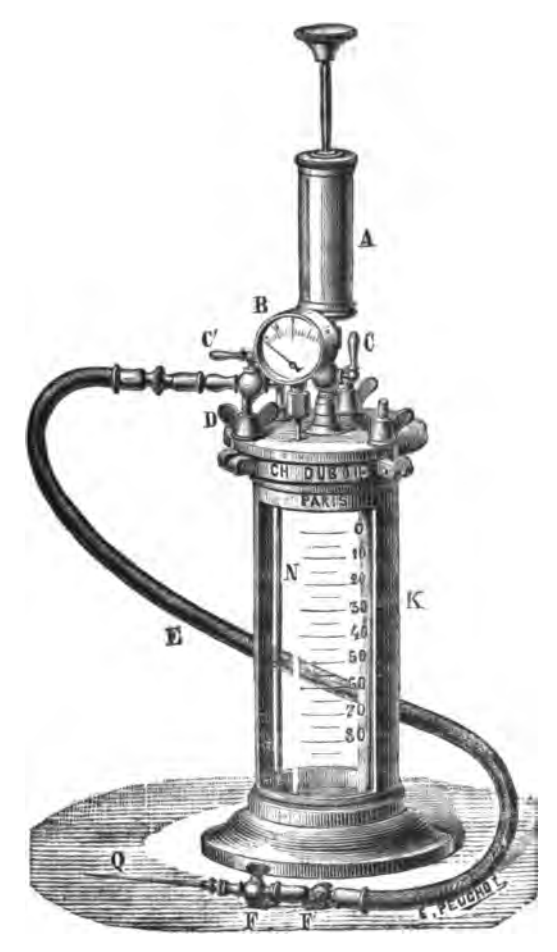


Fig. 1.

100 centimètres cubes, dans lequel on place la solution à injecter ; 2° d'une pompe foulante qui sert à comprimer l'air dans le récipient ; 3° d'un manomètre à l'aide duquel on peut mesurer la pression ; 4° d'un tube terminé par une aiguille capillaire à injec-

tions hypodermiques. Un système de robinets commande les différentes parties de l'appareil.

1° Le récipient, d'une contenance de 100 centimètres cubes, porte une graduation de 0 à 80 centimètres cubes, de 5 centimètres cubes en 5 centimètres cubes, il est constitué par une éprouvette N en verre maintenue par une armature métallique K, munie inférieurement d'une embase métallique qui assure la stabilité de l'appareil, et, supérieurement, d'un couvercle qui peut être serré énergiquement, par l'intermédiaire d'une plaque de caoutchouc, sur les bords de l'éprouvette, à l'aide des écrous D. Cette éprouvette s'enlève avec facilité pour en assurer le nettoyage.

2° La pompe foulante A est vissée au centre et à la partie supérieure du couvercle du récipient. Elle est séparée du manomètre par un robinet C.

3° Le manomètre est gradué par 1/4 d'atmosphère, jusqu'à 2 atmosphères.

4° Le robinet C sert à permettre et à empêcher la communication du tube injecteur avec le récipient.

5° Le tube E en caoutchouc à paroi épaisses et à lumière étroite d'une longueur de 35 centimètres environ, est terminé par un ajutage muni de deux robinets F et F' sur lequel se visse l'aiguille à injections hypodermiques C.

Le robinet F' sert à régler la vitesse de l'écoulement et le robinet F à permettre la communication complète, ou à l'empêcher, avec l'aiguille.

Pour se servir de cet appareil on verse 80 centimètres cubes de sérum artificiel dans l'éprouvette sur laquelle on fixe le couvercle à l'aide des écrous D. On manœuvre alors la pompe foulante jusqu'à ce que la pression atteigne deux atmosphères ; à ce moment, on ferme le robinet C, on ouvre les robinets C' F et F' et le liquide sort par l'aiguille Q. A l'aide du robinet F' on règle la vitesse d'écoulement du liquide. Enfin on ferme le robinet F et l'appareil est prêt à fonctionner. Une fois l'aiguille introduite sous la peau, il n'y aura plus qu'à ouvrir complètement le robinet F pour faire l'injection hypodermique avec la vitesse qu'on aura réglée à l'avance. Pour les grandes transfusions, si la pression baisse sensiblement avant qu'on ait injecté la quantité voulue, on donne quelques coups de piston jusqu'à ce que le ma-

nomètre indique de nouveau deux atmosphères, sans manœuvrer aucun autre robinet que le robinet C, qui commande le manomètre.

Pour les injections habituelles, ne dépassant pas dix grammes, j'ai fait construire une seringue à transfusions, graduée de 1 à 10 cm. c., dont le réservoir, tout en verre, peut être facile-

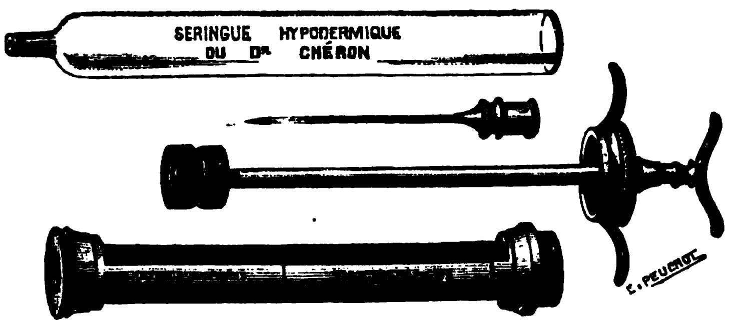


Fig. 2.

ment aseptisé ; à la partie inférieure du réservoir est ménagé un espace, où demeure, sans pénétrer sous la peau, la partie du liquide qui a été en contact avec le piston.

Antisepsie des instruments. — Avec les modèles de transfuseurs que je préconise, on n'a pas à craindre le contact nocif des matières grasses du piston avec le sérum artificiel. L'antisepsie des transfuseurs est facile à faire. Les réservoirs qui doivent contenir le sérum sont en verre, faciles à nettoyer, faciles à aseptiser avec une solution antiseptique forte. L'antisepsie des tubes de caoutchouc sera obtenue en les faisant traverser par une solution antiseptique suffisamment concentrée. Quant aux aiguilles, elles sont en platine iridié et peuvent être flambées sur la lampe à alcool sans aucun inconvénient.

Antisepsie de la région. — Elle se réalise de la façon suivante : 1° Brossage et lavage de la région rétro-trochantérienne avec de l'eau de savon ; 2° Lavage à l'alcool et à l'éther ; 3° Lavage avec une solution d'acide phénique à 4 0/0.

Mode d'emploi des instruments. — Le transfuseur ayant été au préable aseptisé, on verse dans le réservoir la quantité voulue de

sérum artificiel. On prépare le transfuseur, ainsi que cela a été précédemment indiqué.

On tend la peau de la région rétro-trochantérienne avec deux doigts de la main gauche, puis l'aiguille du transfuseur tenue de la droite ; est enfoncée hardiment d'un seul coup rapide, jusqu'au niveau du fascia superficialis, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de façon à amener la pointe aussi près que possible de l'aponévrose musculaire. La douleur est ainsi réduite au minimum. L'injection est alors poussée très lentement. On voit la peau se tendre peu à peu et dessiner une voussure constituée par la masse du liquide introduit dans le tissu cellulaire.

Lorsque la transfusion est terminée, on retire l'aiguille, on pratique un massage soigneux de la région, de manière à obtenir, en quelques minutes, l'absorption complète de la masse du liquide. Alors qu'on ne sent plus de nodosité sous-cutanée, il est bon, après les transfusions abondantes, de faire une application de collodion élastique. Dans les mêmes cas de transfusions abondantes, il est également avantageux d'appliquer une ventouse sèche sur la région rétro-trochéantérienne, avant de faire la transfusion, dans le but de faciliter la pénétration du liquide.

Tous ces détails de technique présentent, à mes yeux, une réelle importance ; ils sont indispensables à connaître et à appliquer si l'on veut se mettre à l'abri de tout accident local. Il est facile de les éviter : on peut même opérer sans déterminer de douleur, à la condition expresse de suivre rigoureusement les indications ci-dessus : température de la solution, injection poussée lentement, massage rigoureux de la région avant et après la transfusion.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *juillet* 1894

OPÉRATION CÉSARIENNE MULTIPLE

M. Guéniot présente deux jeunes femmes, sur lesquelles il a

dû pratiquer quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Par une curieuse coïncidence, la seconde grossesse atteignit son terme presque à la même date. Aussi, les deux opérations qui s'ensuivirent eurent-elles lieu à peu de jours d'intervalle, le 21 mai dernier chez l'une, et le 28 mai chez l'autre. Leurs suites furent des plus simples, et la santé des deux femmes promptement rétablie.

La première césarienne de l'une remonte au 14 janvier 1891, et celle de l'autre au 17 décembre 1892 ; ce qui représente, pour l'une, un intervalle de trois ans quatre mois et sept jours entre ses deux opérations, et pour l'autre seulement un intervalle de dix-sept mois et onze jours.

Les quatre enfants issus de ces diverses opérations naquirent vivants. Le premier est une petite fille actuellement âgée de trois ans et demi, et qui, sous tous les rapports, s'est parfaitement développée.

M. Guéniot rappelle avoir présenté le second (également une fille) dans la séance du 31 janvier 1894, en notant que sa conformation offrait certains traits du rachitisme congénital. Il était alors âgé de six semaines.

Quant aux deux derniers nés, ils sont l'un et l'autre en bonne voie de développement ; ce sont deux garçons qui, à leur naissance, pesaient chacun près de 3,000 grammes. L'un est aujourd'hui âgé de quarante-trois jours, et l'autre de trente-six jours. Celui-ci, fait curieux à signaler, présente, comme sa sœur, des traits accusés de rachitisme héréditaire.

Les mères sont de très petite taille et contrefaites. L'une d'elles, Eugénie R..., est même une véritable naine, car elle ne mesure que 1m15. Toutes deux portent les stigmates d'un rachitisme très intense. Chez l'une et chez l'autre, le bassin est profondément vicié ; celui de la naine offre à peine 4 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. C'est en raison de ces viciations que, dans les quatre grossesses sus-indiquées, M. Guéniot a cru devoir intervenir par l'opération césarienne.

L'histoire de ces accouchements présente d'intéressants détails que M. Guéniot se réserve de faire bientôt connaître. Pour aujourd'hui, il se contente de mentionner les quelques points suivants :

1° Préférant choisir, dit-il, le jour et l'heure de mon interven-

tion, c'est sur la fin de la grossesse et sans attendre l'apparition du travail que je me décidai à opérer.

2° Trois fois sur quatre, je rencontrai le placenta sous mon bistouri, ce qui occasionna, pour chacune des trois opérations, une perte d'environ 500 grammes de sang. Dans le quatrième cas, au contraire, l'hémorrhagie fut de médiocre importance.

3° Chez Eugénie R... (la naine), je retrouvai tout à fait intacts, au cours de l'opération, les points de suture utérine que j'avais établis dix-sept mois et onze jours auparavant, lors de la première césarienne (17 décembre 1892).

4° On sait que, en vue de soustraire la femme aux dangers éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'amputation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes. D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun cas, je n'ai suivi de tels errements, sans quoi les deux enfants derniers-nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste, à ces deux exemples je puis en ajouter un troisième qui n'est pas moins significatif.

L'Académie n'a peut-être pas oublié que, le 9 février 1892, j'eus l'honneur de lui présenter, avec son enfant, une femme que j'avais opérée de la césarienne trois mois auparavant. Il s'agissait d'une femme qui, très gravement atteinte d'ostéomalacie au moment de son accouchement, se trouvait complètement guérie trois mois plus tard ; et cela, quoique je n'eusse touché ni à ses ovaires, ni à ses trompes. Or, cette femme redevint bientôt enceinte, sans que le ramollissement des os reparût. Le 13 juin 1893, cette nouvelle grossesse étant heureusement parvenue à terme, je pus extraire — cette fois à l'aide de la symphyséotomie — un enfant aussi bien portant que l'était son aîné, le césarien. Et la mère se rétablit promptement de cette symphyséotomie comme, dix-neuf mois auparavant, elle s'était rétablie de la césarienne, tout en gardant son utérus et ses ovaires.

Comparée aux procédés mutilateurs, la méthode conservatrice montre donc ici une incontestable supériorité.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juin 1894

—

PASSAGE DES MICROBES A TRAVERS LE PLACENTA

MM. Charrin et Duclert. — Quand on dit que le placenta retient les germes, on le suppose normal comme on suppose normal le rein chargé de retenir l'albumine, la bougie de porcelaine qui doit s'opposer à l'émigration de ces germes ; si ce rein est altéré, si cette bougie est perforée, il va de soi que ces germes passeront.

Or, ceux qui ont cru renverser la loi de Brauel-Davaine, le plus souvent, n'ont pas examiné suffisamment le placenta. Plus tard, ceux qui l'ont examiné ont reconnu que, le plus ordinairement, il était lésé quand il se laissait traverser.

On n'a pas vu de germes passer au travers d'un placenta intact d'une façon certaine, du moins dans un nombre de cas suffisamment connus. D'un autre côté, on s'est peu préoccupé des causes qui font que ce passage est des plus inconstants.

Il est donc permis de poursuivre les recherches que nous avons entreprises au laboratoire du professeur Bouchard.

Tout d'abord, les toxines ont été utilisées. Elles interviennent dans la plupart des phénomènes anormaux de l'infection ; elles sont capables de léser les tissus, d'agir sur la pression, sur la vitesse du sang, de faire varier la virulence, la quantité des germes, toutes choses propres à influencer le fait étudié. De plus, l'un de nous a établi, avec Gley, leur rôle dans la genèse des avortements et de certaines transmissions héréditaires. Enfin, par définition, ces corps existent chez les infectées.

Sur vingt cobayes pleines, toutes inoculées avec le virus pyocyanique, quatre de la malléine, quatre de la pyocyanine, les quatre autres servant de témoins.

Ces quatre dernières femelles ont fourni un seul fœtus, renfermant le bacille. Les seize autres ont donné plus de trente embryons ; tous contenaient le germe introduit.

Ainsi, le placenta a retenu les bactéries, là où il n'y a eu que l'infection ; il les a laissé passer, là où il y a eu et infection et intoxication. Les toxiques additionnels ont dû altérer, modifier

le filtre maternel. C'est ce qui survient, même quand le microbe a seul pénétré, pourvu que le mal, à l'encontre de nos expériences, dure pendant quelque temps. Ce microbe, à l'aide de ses sécrétions, détériore les glandes, le rein en particulier ; il prépare une brèche dans laquelle il se glisse.

Tels sont nos premiers résultats. On peut en juger par l'examen des tubes à culture que nous présentons. Nous nous bornons aujourd'hui à un simple aperçu.

Bientôt nous indiquerons les effets du plomb, du mercure, de l'alcool, des acides gras, poisons qui s'accumulent du fait des professions, des traitements, des excès, des vices nutritifs ; nous indiquerons également le mécanisme qui préside à la genèse de ces accidents.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

RELATION D'UN CAS DE GROSSESSE QUADRUPLE.

Si les exemples de grossesse double et même triple sont relativement assez fréquents, d'après M. Bousquet (de Marseille) (*Soc. obstét. et gynéc. de Paris*), il n'en est pas de même de la grossesse quadruple. En effet, d'après Veit, celle-ci s'observe environ une fois sur 371,126 accouchements ; d'après Spenyler Ploss, une fois sur 181,154 cas ; d'après Sickel, quarante-six fois, sur 213,330 cas. Susk, enfin, la considère aussi comme extrêmement rare.

Parmi les faits les plus récents, je ne trouve que celui rapporté par Movasse et W'terwulghe dans le *Journal d'accouchements de Liége*, le 30 août 1888, qui présente un intérêt égal à celui que je viens d'observer.

Le 14 septembre dernier, à neuf heures du soir, je fus appelé dans un des principaux hôtels de Marseille, auprès d'une jeune femme qui, au cours de voyage, venait d'être prise de douleurs qui l'avaient obligée de s'arrêter dans notre ville.

Les questions que je posai m'apprirent que cette dame, âgée de 24 ans, primipare, était mariée depuis huit mois ; sa grossesse était de même âge.

Le ventre, très développé, était extrêmement sensible, et portait des

vergetures s'étendant à la partie supérieure des cuisses. Les douleurs qui s'étaient déclarées en chemin de fer, entre Nice et Marseille, étaient assez rapprochées.

L'auscultation, pratiquée avec soin et à plusieurs reprises, me fit nettement constater la présence de trois fœtus : 122, 135 et 157 pulsations. Le col était effacé et largement dilaté ; le doigt percevait la présence de deux têtes au contact au centre du bassin : l'une en O. I. G. A., l'autre en O. I. D. P. Je supposai que le troisième enfant se présentait par les pieds, comme l'indiquaient d'ailleurs les données fournies par la palpation abdominale. Je crus devoir prévenir l'entourage des difficultés probables d'un accouchement se présentant dans de pareilles conditions et je pris mes précautions pour parer à toute éventualité.

Cependant, les douleurs augmentant d'énergie, je ne tardai pas à constater avec satisfaction qu'une des deux têtes, celle qui se présentait en occipito-postérieure, et qui était la plus basse, tendait à s'engager de plus en plus en refoulant la voisine. Mais, parvenue sur le plancher périnéal, le dégagement fut arrêté par la résistance très considérable des parties molles. Je jugeai qu'il n'était pas prudent de laisser se prolonger cette situation, et je saisis avec le forceps cette tête que quelques tractions amenèrent facilement au dehors.

L'enfant était vivant, du sexe masculin et du volume moyen d'un fœtus de huit mois. Ayant lié solidement le cordon, je pratiquai de nouveau le toucher pour me rendre compte de la situation de la deuxième tête ; mais elle avait disparu.

Je sentis alors plusieurs pieds ; il y en avait certainement *trois* ; je pus diagnostiquer deux pieds droits et un gauche.

Ma perplexité fut à ce moment très grande. Je n'avais qu'à attendre et agir suivant les circonstances.

Bien tôt un pied, le droit, se présenta à la vulve ; je le saisis et tirai avec précaution, puis, en suivant la jambe, je trouvai et saisis, à son tour, le pied gauche que j'amenai au dehors.

Le fœtus venait en S. I. D. P.

Je dégageai rapidement le bassin, puis une anse du cordon, ensuite les épaules et enfin la tête en occipito-postérieure.

L'enfant était vivant, c'était une fille. Je la remis rapidement à la garde, impatient de savoir comment j'avais pu sentir un troisième pied au voisinage d'une tête.

Cette fois-ci je ne perçus aucun membre inférieur, mais la tête que

j'avais d'abord touchée à gauche du bassin se rapprochait de la ligne médiane et ne tardait pas à s'engager très vivement à son tour.

J'appliquai le stéthoscope et je comptai de nouveau 122.

Les parois abdominales un peu déprimées et amincies me permirent alors de percevoir en haut et à droite une masse dure et convexe que je reconnus pour une tête : je portai dans cette région mon stéthoscope et j'entendis très nettement de nouvelles pulsations cardiaques dont le nombre était de 152 à la minute.

Je crus pouvoir alors me risquer à annoncer à l'assistance la présence d'un quatrième enfant. Pendant cet examen, le travail avait marché et l'occiput du troisième fœtus apparaissait au détroit inférieur, qu'il ne tardait pas à franchir à son tour.

C'était un garçon un peu plus gros que les précédents et en parfaite santé.

A peine avais-je terminé la ligature et la section du cordon qu'un talon se montrait entre les grandes lèvres.

C'était le quatrième et dernier fœtus qui, en S. I. G. A., était très rapidement et facilement extrait. C'était une fille, la plus petite des quatre, mais vivace et bien conformée.

En raison de la distension énorme des parois utérines et de leur amincissement extrême, je pensai qu'il était prudent d'enfreindre ici les règles habituelles en pratiquant une forte injection sous-cutanée d'ergotine d'Yvon.

Au bout de vingt minutes, l'utérus contracté expulsait, aidé de très légères tractions, une énorme masse placentaire comprenant les quatre placentas réunis par leurs bords : les membranes très minces ne m'ont paru former qu'une seule et même poche.

Malgré ma recommandation, le placenta ayant été jeté, il ne m'a pas été possible de l'examiner de nouveau avec l'attention et le soin qu'il méritait.

Il est superflu d'ajouter qu'un grand lavage intra-utérin a été immédiatement pratiqué avec une solution de sublimé.

Aucun accident n'est venu compliquer les suites très normales de cet accouchement ; il n'y a eu ni hémorragie, ni fièvre ; la sécrétion lactée a été très abondante et, avec l'aide de trois nourrices, cette jeune femme a pu contribuer d'une façon active à l'allaitement de ses enfants dont j'ai reçu il y a peu de jours encore de très bonnes nouvelles.

(*Rev. de thér. méd.-chir.*)

AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES, CHEZ UNE MULTIPARE AGÉE, A 3 MOIS DE GROSSESSE,

Par M. le Dr Charles, professeur d'Accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité de Liége.

Lorsque pendant la grossesse les vomissements deviennent *incoercibles*, au sens que nous avons attribué à ce qualificatif dans notre dernier numéro, la situation de la malade est sérieuse et sa vie est en danger imminent.

Si le régime et le traitement médical restent insuffisants, il faut bien agir sur l'utérus et au besoin provoquer la déplétion de l'organe.

On ne peut être arrêté par des considérations de conscience, puisque la mort de la mère est à redouter et que surtout, *dans ces conjonctures graves*, le fœtus a le plus souvent cessé de vivre ; ce n'est donc pas, à proprement parler, un avortement provoqué, ce n'est que l'évacuation de l'utérus d'un produit sans vie ou dont l'existence est tellement compromise qu'elle n'entre plus en ligne de compte.

On ne doit pas attendre que l'état de la malade soit désespéré ; sinon on s'exposerait, comme l'a dit P. Dubois, « à précipiter peut-être sa fin et à compromettre l'art ». Il faut intervenir *à temps* et dès que les chances de réussir par les autres moyens, n'existent plus : on arrive encore à sauver ainsi deux femmes sur trois (21 guérisons sur 32 cas).

Quand les vomissements incoercibles reconnaissent pour cause une affection organique grave de l'estomac, le succès est beaucoup plus rare ; c'est ce qui existait dans un cas que nous avons vu l'année dernière et dont voici l'histoire en quelques mots :

Il s'agissait d'une multipare, âgée de 41 ans, grosse et flasque, lymphatique, de santé délabrée.

Elle n'avait plus eu d'enfant depuis dix ans ; les règles étaient supprimées depuis 3 à 4 mois et la matrice était augmentée de volume. La grossesse était donc probable.

Les vomissements existaient depuis longtemps et avaient atteint dans les dernières semaines une fréquence exceptionnelle. Le médecin traitant, M. le Dr Franquet, praticien très habile et justement estimé, avait successivement eu recours à la plupart des moyens usités en pareilles circonstances. Après diverses alternatives d'améliorations, suivies bientôt de rechutes, l'état général de la malade s'était

empiré de plus en plus et était devenu déplorable ; l'affaiblissement était énorme, la malade ne pouvait presque plus se remuer dans son lit sans tomber en syncope, le pouls était à peine perceptible, l'estomac ne gardait presque rien.

C'est dans ces conditions graves que nous avons été appelé à voir la malade avec M. le Dr Franquet. Nous avons décidé immédiatement de commencer par la dilatation du col et celle-ci n'ayant amené aucun résultat nous avons introduit une sonde, puis un ballon dans l'utérus ; ces diverses manœuvres ont duré cinq jours, pendant lesquels l'état général paraissait s'améliorer, ce qui nous engageait à ne rien forcer.

Dans la nuit du 6e jour, un embryon mort, d'environ 3 1/2 mois, fut expulsé sans difficulté. Le lendemain matin, nous dûmes pratiquer le curettage pour extraire les annexes.

A la suite de l'opération, la malade tomba dans une espèce de collapsus, dont les divers stimulants parvinrent enfin à la tirer. Malheureusement la nuit suivante, elle se mit à vomir du sang (ce qui ne lui était jamais arrivé jusqu'alors) et elle succomba à 5 heures du matin.

L'autopsie n'a pas été pratiquée ; mais les symptômes et l'aspect de la malade doivent faire penser à une affection organique grave de l'estomac (ulcère ou cancer).

Nous ne voulons pas terminer cet article sans rappeler aux praticiens qu'aucune loi ne nous autorise à provoquer l'avortement, même dans les circonstances exceptionnelles que nous avons stipulées. Quand donc nous avons recours à cette opération, nous agissons sous notre responsabilité et nous devons nous entourer de toutes les précautions pour que notre honnêteté ne puisse être suspectée.

Jamais un praticien seul ne doit se permettre de décider cette opération ; il est de règle *absolue*, ne comportant aucune exception, d'avoir une consultation avant de l'entreprendre.

Autant que possible, le consultant est choisi parmi les spécialistes âgés et autorisés ; toujours il doit jouir de la considération publique et être à l'abri de tout soupçon de partialité.

En suivant cette ligne de conduite, prudente et sage, on évitera sûrement tout ennui ultérieur.

(*Journal d'Accouchements.*)

DU MASSAGE UTÉRIN ÉLECTRIQUE. — PRÉSENTATION DE L'APPAREIL,

Par le Dr Delineau (1).

Les avantages du massage utérin ont été longtemps méconnus et contestés en France.

On reprochait au massage d'être inutile, insignifiant et même... peu convenable. Cette méthode de traitement est maintenant appréciée, à sa juste valeur, par la plupart des gynécologistes.

Je pratique depuis longtemps le massage utéro-abdominal. J'en ai obtenu de bons résultats et je n'ai jamais entendu dire par mes malades ou par leur entourage qu'il ait été jugé inconvenant.

Appliqué avec discernement, le massage soulage toujours. Il guérit souvent. Malheureusement, la pratique du massage est pénible et fatigante pour l'opérateur, surtout s'il est nécessaire de prolonger les séances pendant cinq, dix, quinze minutes et même plus.

Aussi, ai-je demandé à notre collègue, M. Gaiffe, s'il ne lui était pas possible de me construire un appareil électrique susceptible d'être utilisé pour le massage abdominal et en même temps pour l'application pratique d'une idée nouvelle, le massage vibratoire intra-utérin.

M. Gaiffe m'a construit un appareil répondant aux desiderata que je lui ai soumis. J'ai tenu à vous le présenter aujourd'hui. Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses, ni assez bien classées pour qu'il me soit permis de discuter longuement sur la valeur réelle du *vibro-masseur utérin-électrique*.

Mais je puis vous dire que les résultats qu'il m'a donnés sont des plus encourageants dans des cas de déviations avec exsudats, d'endométrite chronique non hémorragique, de catarrhe utérin, etc., etc.

Contre la dilatation stomacale, contre la constipation chronique par atonie, ce vibro-masseur, appliqué sur l'abdomen, peut rendre de grands services.

Le massage vibratoire utérin excite la contraction musculaire et réveille la contractilité des petits vaisseaux. Il stimule l'énergie nerveuse. Il active les sécrétions. Il calme la douleur. Il dissipe les engorgements.

L'appareil est construit d'après le principe électrique déjà utilisé pour le casque vibratoire par MM. Larat et Gautier, et pour le vibrateur nasal par M. Garnault. Il a pour âme essentielle une petite machine gramme, munie d'une bobine tournant excentriquement. Elle

(1) *Société française d'Electrothérapie.*

est fixée à une plaque circulaire en bois sur laquelle est vissé, d'un côté, le manche de l'appareil, et de l'autre côté une cloche métallique qui protège la petite machine et transmet ses vibrations.

Sur le fond arrondi de cette cloche se fixent des pièces de formes diverses pour le vibro-massage abdominal, ainsi que les cathéters dont je me sers pour le massage vibratoire intra-utérin.

La plaque circulaire est reliée par deux bornes aux pôles d'un accumulateur.

Cette petite machine Gramme, actionnée par un courant de 8 à 10 volts, nous donne une vitesse de 1,200 à 1,800 tours par minute, et par conséquent autant de vibrations axiales et transversales.

La vitesse est réglée facilement au moyen d'un rhéostat permettant de réduire ou d'augmenter le nombre des vibrations.

Il faut remarquer que les vibrations ne sont pas engendrées par des chocs, mais par des oscillations, ce qui explique la tolérance des malades pour ce genre de traitement, qui n'est pas douloureux ou plutôt ne doit jamais l'être.

LE CATHÉTÉRISME CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Quelle conduite doit-on tenir auprès d'une accouchée qui n'urine pas dès les premières heures qui suivent la délivrance ? Doit-on procéder immédiatement au cathétérisme ou bien faut-il, sans impatience et sans crainte, attendre très longtemps sans recourir à cette petite opération ? C'est là un point très important de pratique journalière qu'il n'était pas sans intérêt d'étudier de nouveau au moment où certaines divergences se produisent à ce sujet entre les accoucheurs.

M. Recht, qui vient de consacrer sa thèse inaugurable à l'étude de cette question, relate d'abord l'opinion des principaux accoucheurs de Paris. La règle de conduite qui tend à prévaloir chez eux, c'est l'expectation. En effet, dans le service de M. Pinard, le cathétérisme n'a été pratiqué que 23 fois sur près de 8.000 accouchements. Ce professeur enseigne qu'on ne doit sonder que le plus rarement possible parce que le cathétérisme, pratiqué même avec les plus grandes précautions, peut être la cause de cystites très difficiles à guérir.

M. Recht a dressé une sorte de tableau dans lequel il relate les pratiques employées dans chaque service d'accouchement :

A la Maternité, école des sages-femmes, on sonde presque toutes les accouchées.

Dans le service de M. Bar, à l'hôpital Saint-Louis, on pratique généralement le cathétérisme au bout de douze à dix-huit heures, même quand la femme ne souffre pas, car à ce moment la vessie est toujours plus ou moins distendue.

Malgré cette façon de faire, on n'observe pas de cystites dues à la sonde.

M. Porak, à Laborisière, dit qu'il n'attend jamais, pour pratiquer le cathétérisme, plus de vingt-quatre heures.

A sa deuxième visite, si la nouvelle accouchée n'a pas uriné, il la sonde ; généralement entre dix-huit et vingt-quatre heures.

Chez M. Maygrier, à la Pitié, on sonde dans un délai de douze heures. Si la vessie a été vidée naturellement ou artificiellement pendant le travail, on attend qu'elle soit distendue, pendant huit à douze heures, pour la vider ; on se base sur la hauteur de l'utérus et sur l'état de souffrance de l'accouchée.

MM. Tarnier, Budin, Ribemont-Dessaignes et Champetier de Ribes sont partisans du cathétérisme pratiqué le plus tard possible.

Dans le service de M. Tarnier on sonde le moins souvent possible, on attend une miction spontanée pendant vingt-quatre ou trente-six heures, à moins que la femme ne souffre.

M. Champetier de Ribes, en principe, ne sonde jamais à l'hopital Tenon, il attend volontiers vingt-quatre, trente-six et même quarante-huit heures. Mais généralement les nouvelles accouchées urinent bien avant ce temps.

A la Charité, M. Budin pratique très rarement le cathétérisme ; si la femme ne souffre pas, il attend volontiers plus de vingt-quatre heures.

M. Ribemont-Dessaignes, à Baujon, sonde très rarement, il conseille d'attendre jusqu'aux dernières limites, convaincu qu'un cathétérisme fait dans les meilleures conditions peut avoir des inconvénients. Enfin M. Boissard est également d'avis d'attendre le plus longtemps possible la miction spontanée. Non seulement il craint les cystites, mais il veut éviter aussi l'habitude que prend facilement une femme, surtout quand elle est nerveuse, de vouloir se faire sonder tous les jours quand elle l'a été une première fois.

En résumé, la question du cathétérisme après l'accouchement partage les accoucheurs en trois camps ; les uns sont partisans du cathétérisme pour ainsi dire systématique, pratiqué très peu de temps après

l'accouchement, et c'est là surtout la ligne de conduite suivie dans les écoles de sages-femmes.

D'autres, tout en ne conseillant pas le cathétérisme pratiqué d'une manière hâtive, n'osent pas attendre assez longtemps pour que la miction se fasse spontanément.

D'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, attendent fort longtemps, jusqu'à la limite de souffrance que peut tolérer la femme, et dans presque aucun cas ils n'ont besoin de recourir à la sonde.

Dans la clientèle, il faut le reconnaître, à moins d'avoir une autorité toute particulière, le médecin ne pourra pas laisser une accouchée vingt-quatre ou trente-six heures sans uriner.

Ce serait se heurter à tous les préjugés qui ne peuvent être détruits que par le temps. L'accoucheur sera donc, le plus souvent, obligé de pratiquer le cathétérisme ; il le fera, du reste, sans danger, s'il a soin d'avoir recours à l'asepsie la plus rigoureuse.

(*Bulletin médical.*)

INFECTION BLENNORRAGIQUE DE L'UTÉRUS ET DES TROMPES.

M. Winter communique à la Société d'obstétrique de Berlin les résultats de ses recherches sur : 1° la durée de la période aiguë, et 2° les moments les plus favorables à la transmissibilité de l'infection gonorrhéique à l'utérus et aux trompes.

Si la malade n'est pas soumise à une réinfection, la période aiguë peut se terminer en huit jours, et quelquefois la blennorragie guérit ainsi complètement. Quant aux causes qui favorisent l'infection utéro-tubaire, ce sont surtout : 1° les règles : il est démontré que la salpingite et la pelvi-péritonite se montrent immédiatement après les menstrues ; 2° peut-être les gonocoques se multiplient-ils dans le sang, qui serait un milieu favorable de culture ou bien le liquide permet aux bacilles d'atteindre les parties situées plus haut ; 3° la troisième cause est d'ordre mécanique : mains septiques, canule. M. Veit en conclut qu'à la période aiguë il faut surtout traiter la blennorragie par le repos et l'expectative ; le traitement local pouvant facilement aboutir à des pyosalpinx et paramétrites. (*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, n° 4, 1894.)

ABSENCE PRESQUE COMPLÈTE ET DÉVELOPPEMENT RUDIMENTAIRE DU VAGIN AVEC HÉMATOMÈTRE.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 26 ans et n'ayant jamais été réglée. Depuis un mois, elle se plaint de douleurs dans l'abdomen et le ventre a pris graduellement un développement assez prononcé.

L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Le canal vaginal est constitué par un cæcum fort court de la dimension d'une noix situé immédiatement au-dessus de l'hymen.

Notre confrère Lenger a pu établir complètement la lumière du canal vaginal en écartant des travées dures de tissu conjonctif présentant la même direction que le vagin.

Par le conduit vaginal artificiel s'est écoulé environ 3/4 de litre d'un sang noirâtre en partie caillé.

On a senti parfaitement l'utérus diminuer peu à peu de volume au point de disparaître dans la cavité du petit bassin.

Nous avons assisté à cette délicate opération, qui a été pratiquée par M. le Dr Langer avec sa dextérité habituelle.

(Jal. d'Accouchements.) Dr LAMBINON.

TUMEUR FANTOME CHEZ UNE JEUNE HYSTÉRIQUE.

Jeanne L..., âgée de 14 ans (père 76 ans, mère 62), enfant nerveuse, mais paraissant bien portante pour le reste, réglée depuis un an, se plaignait depuis trois semaines de douleurs vagues siégeant dans le flanc gauche, augmentant par la marche au point qu'elle refusait de quitter le lit. Absence de fièvre, point d'autres symptômes subjectifs. La palpation faisait sentir dans l'abdomen une tumeur mobile douloureuse. Cet examen fut répété à plusieurs reprises avec le même résultat. Pour assurer et compléter le diagnostic, l'enfant est chloroformée le 3 avril et...... rien : la tumeur n'existait pas. L'enfant présenta sous le chloroforme différents phénomènes qui ne nous laissèrent aucun doute sur l'état de son système nerveux. Par une sorte de suggestion les douleurs disparurent pendant 3 ou 4 jours, puis elles revinrent de plus belle, passèrent du côté droit, etc., etc. Enfin, des attaques de grande hystérie vinrent confirmer le diagnostic.

(La Policlinique.) HENRI MINEUR.

DE LA PERFORATION DES PAROIS UTÉRINES PAR LA CURETTE,

par L.-E. Dupuy, médecin de la Maternité et de l'hôpital de Saint-Denis.

En 1873, nous avons attiré l'attention des lecteurs du *Progrès Médical* (1) sur la possibilité et les dangers de la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, en nous appuyant sur 17 observations de malades chez lesquelles cette complication s'était produite. Il nous a été possible d'établir, dès cette époque, que dans certains états pathologiques ou consécutifs à la puerpéralité, le parenchyme de l'utérus était friable au point de n'opposer aucune résistance à l'hystéromètre introduit, même avec les plus grandes précautions, dans sa cavité ; alors cet instrument, après avoir perforé le fond de l'organe, pénètre dans la cavité péritonéale et il devient possible de sentir sa pointe jusqu'au niveau de l'ombilic ! Ce que nous disions de l'hystéromètre s'applique aussi bien à la curette. Cette dernière, du temps de Récamier, a perforé plus d'un utérus ! On peut même dire que ce sont les perforations produites par les raclages utérins avec la curette de Récamier qui ont mis Aran le premier sur la voie des conditions de ramollissement utérin rendant dangereux l'emploi de l'hystéromètre ; il a pu citer 3 cas de mort survenue à la suite de curettages malheureux (2). Quoique fort décrié, le curettage ne fut cependant jamais complètement abandonné en France : Robert, Trousseau, Nélaton, Maisonneuve, Nonnat, etc., lui durent certainement des succès. Depuis un certain nombre d'années, le perfectionnement de la curette (Sims, Wolkmann), et du mode opératoire (dilatation préalable du canal utérin, abaissement de l'organe), l'emploi des procédés antiseptiques ont remis l'opération de Récamier en faveur et celle-ci est désormais le traitement de choix pour les endométrites.

« Sang, glaires et douleurs, ont écrit Forgue et Reclus, voilà l'ensemble symptomatique qui indique le curettage utérin. »

Comme ces symptômes ne sont pas rares chez la femme, le curettage se pratique aujourd'hui sur une vaste échelle et il faut bien reconnaître qu'il a rendu et rend journellement de nombreux services.

Mais gardons-nous de l'engouement ; ne faisons pas d'opération qui ne soit absolument nécessaire et nettement indiquée, car le curettage

(1) *Etude sur la perforation des parois utérines par l'hystéromètre (Progrès médical*, 1873, et de Thèse de Paris, 1874).

(2) Aran. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.* Paris, 1858-1859.

n'est pas toujours inoffensif, tant s'en faut : souvenons-nous toujours que le parenchyme utérin, sous l'influence d'inflammations chroniques, du cancer, de la tuberculose ou de la puerpéralité, peut se ramollir et que dès lors sa perforation est à craindre. A ceux qui seraient tentés d'oublier cette vérité nous rappellerons une récente discussion de la *Société gynécologique et obstétricale de Berlin* au cours de laquelle plusieurs orateurs rapportèrent des exemples de perforations par la curette (1).

Voici le résumé de ces observations:

I. *Observation d'Alberti.* — Multipare, 32 ans. Anémie aiguë par suite de métrorrhagies peu abondantes mais répétées, survenues après un retard de 15 jours. Le col est dilaté et l'écoulement sanguinolent fétide. Curettage dans l'idée qu'il s'agit d'un avortement avec rétention des membranes. Une pince amène à la vulve, au lieu d'un lambeau de membrane, une anse intestinale de 17 centimètres. Laparotomie : l'anse est tellement pincée dans l'orifice interne du col qu'il faut sectionner ce dernier. La paroi utérine très amincie est suturée. Guérison.

II. *Observation de Veit.* — Après un avortement, tentatives infructueuses d'amener avec le doigt les membranes retenues dans l'utérus (curettage digital) ; une tentative d'extraction avec la pince amène à la vulve une anse intestinale. Veit réduit l'anse après avoir agrandi l'ouverture utérine ; hystérectomie vaginale. 48 heures après, péritonite septique. Mort.

III. *Observation de Gusserow.* — Avortement avec rétention des membranes. Curettage. La pince ramène de l'épiploon. Laparotomie, hystérectomie sus-vaginale et résection de la masse épiploïque étranglée dans la paroi utérine. Thrombose fémorale et mort par embolie pulmonaire.

IV. *Observation d'Ortmann.* — Rétention des membranes et hémorrhagies à répétition à la suite d'un avortement de 3 mois. Curettage : la pince ramène à la vulve une anse d'intestin perforée et détachée de son mésentère. Laparotomie : l'anse prolabée est adhérente à l'utérus, ce qui explique la perforation et la déchirure. Hystérectomie : résection de l'intestin dont les deux bouts sont suturés. Guérison.

(1) Cette discussion a été reproduite par la *Tribune médicale*, n° du 14 juin 1894.

V. *Observation d'Olshausen.* — Avortement et rétention des membranes. Curettage : la pince ramène une anse intestinale. Laparotomie : résection de 30 centimètres d'intestin. Mort par péritonite suraiguë.

VI. *Observation de Martin.* — Rétention des membranes après l'avortement. Curettage : la pince amène à la vulve 75 centimètres d'intestin que l'opérateur arrache du mésentère et laisse pendu entre les jambes. Collapsus. Mort rapide.

Ces faits sont tristement instructifs ; nous ne chercherons pas si la perforation a été faite par la curette ou par la pince : il est probable que les médecins allemands n'ont eu recours à cette dernière que pour saisir l'anse intestinale déjà prolabée et prise pour les membranes. L'emploi de la pince a, en tous cas, fortement aggravé la situation, car il est généralement possible, si l'on s'aperçoit à temps de l'amincissement ou de la perforation de la paroi utérine, d'obturer complètement la cavité de la matrice à l'aide d'un tamponnement de gaze iodoformée, et d'empêcher ainsi les viscères abdominaux de s'engager dans la plaie, voire même de s'y étrangler. Dans l'opération du curettage soit *instrumental*, soit *digital*, il faut donc limiter le rôle de la pince et ne s'en servir que pour l'introduction de tampons aseptiques. Si les circonstances l'exigent absolument, on n'emploiera cet instrument qu'après s'être bien assuré par l'exploration intra et extra-utérine, à l'aide de la main placée sur le fond de la matrice et du doigt introduit dans la cavité utérine, que l'hypothèse d'un prolapsus intestinal peut être formellement écartée.

Nous pensons aussi que dans le traitement des accidents septicémiques consécutifs à la rétention placentaire, en cas d'avortement, il convient toujours de tenir compte de la possibilité d'une perforation ou d'une rupture imputables à la friabilité du tissu utérin. A cet effet, on fera maintenir exactement et on explorera souvent le fond de l'utérus, on n'aura recours aux curettes que lorsque l'opération digitale sera insuffisante ou impossible et on maniera ces instruments avec les plus grandes précautions chaque fois que le muscle utérin n'offrira plus sa résistance habituelle. Le curettage utérin est, avant tout, une opération de patience, de lenteur et de tact.

(*Progrès méd.*).

TRAITEMENT DES ALGIES NEURASTHÉNIQUES OU GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES PAR L'ÉLECTRICITÉ,

Par le Dr L. R. Regnier, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La question de l'origine des grandes névralgies pelviennes et du traitement qu'il convient de leur appliquer est une de celles qui prêtent le plus à la controverse entre les gynécologistes médecins ou chirurgiens.

Ces douleurs, qui surviennent le plus souvent chez des femmes nerveuses, sont continues, tenaces, rebelles aux traitements les plus rationnels aussi bien qu'aux opérations sur la nature et la valeur desquelles les chirurgiens ne sont pas d'ailleurs d'accord. Les uns donnent la préférence à l'hystérectomie vaginale, les autres préfèrent la castration tubo-ovarienne, quelques-uns, et non des moins autorisés, sont partisans de l'abstention chirurgicale. Cette opinion paraît partagée en Amérique, où Betton Massey s'élève contre les tentatives opératoires. « Vouloir guérir l'affection douloureuse des nerfs dont les terminaisons sont dans l'ovaire par l'ablation de celui-ci n'est pas plus rationnel que d'espérer guérir une névralgie faciale par l'avulsion d'une dent. » Le traitement électrique ne donne pas non plus dans tous les cas une guérison indéfinie, mais il a l'avantage sur le traitement chirurgical de pouvoir être repris à nouveau avec un succès plus ou moins persistant.

Que faut-il entendre par algie neurasthénique ? C'est une douleur non strictement ovarienne siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, dans le dos, dans les reins. Son intensité variable augmente pendant la marche et la station debout, et diminue lorsque la malade est couchée ; persistant dans l'intervalle des règles, elle augmente quelques jours avant leur apparition et demeure très intense pendant tout le temps qu'elles durent ; elle rend les rapprochements sexuels très douloureux, quelquefois même impossibles. L'examen local ne révèle aucune lésion du col ou du corps. Il dénote seulement une sensibilité très exagérée de ces parties à la pression la plus légère.

La localisation anatomique est encore à faire. Mais les interprétations pathogéniques n'ont pas pour cela manqué. Gooch, qui, le premier, donna une bonne description de cette affection, l'attribue à l'*irritabilité* de l'utérus ; Dewes, Davis, Guilbert Scott, Mongommery en font une conséquence de l'inflammation chronique. Churchill a adroitement réfuté cette opinion. Depuis, nous les retrouvons décrites

sous le nom d'algies neurasthéniques par Bloch et par Huchard. Je crois, d'après les cas qu'il m'a été donné d'observer, que dans la plupart des cas, au moins ces *algies* ont une origine centrale et tiennent à l'irritabilité du système nerveux produite par leur état général neurasthénique. L'état local, quand il existe, appelle simplement l'attention du cerveau des malades sur les centres sensitifs du bassin. Mais le siège de la cause de la douleur n'est pas forcément au bout périphérique du nerf. Il est central ; la preuve c'est qu'il est pour ainsi dire impossible, en touchant les points terminaux des nerfs au niveau des ovaires, de provoquer de la douleur, tandis qu'un léger frôlement du col ou du corps utérin provoque la sensation douloureuse dans tout le bassin avec irradiations vers les lombes. Il s'agit donc d'une douleur réflexe très différente de l'ovarialgie hystérique qui se réveille sous la pression directe de l'ovaire.

Dans les algies neurasthéniques, la douleur n'est pas, comme dans l'ovaralgie hystérique, contusive, lancinante, parfois extrêmement violente. Elle est au contraire sourde, vague, tenace ; elle altère profondément le caractère de la malade et la pousse aux idées de suicide.

On peut encore arguer en faveur de l'origine centrale de la maladie que lorsque la douleur persiste après l'intervention chirurgicale (hystérectomie ou castration), on peut la faire cesser par le traitement électrique.

Voici deux faits qui confirment ce que je viens d'avancer :

1° Mlle E. M., 28 ans, réglée à 13 ans, a commencé vers l'âge de 17 ans à éprouver des douleurs dans le ventre et les reins. Ces douleurs, qui survenaient d'abord par accès dans l'intervalle des règles, se sont depuis beaucoup accentuées et sont devenues continues, empêchant la malade de travailler. A ce moment un chirurgien des hôpitaux pratiqua l'hystérectomie totale. On constata après l'opération qu'il n'y avait aucune altération inflammatoire ou autre des organes génitaux internes et externes.

Pendant deux mois environ la malade souffrit peu. Puis les douleurs reparurent aussi intenses et même plus vives, au dire de la malade, que par le passé. C'est environ vingt mois après l'opération que je la vis pour la première fois. Outre les douleurs dans les reins et le bas-ventre, elle a de la céphalalgie, de l'insomnie, des troubles dyspeptiques très prononcés, de l'amyosténie. Le traitement consiste en administration à l'intérieur de valérianate de strychnine et applications

de courants continus descendants sur la colonne vertébrale, l'électrode positive appliquée au niveau de la 3e vertèbre dorsale, la négative au-dessus du sacrum ; intensité 25 milliampères. Durée de la séance 10 minutes. Puis application du même courant, les rhéophores négatifs sur l'abdomen, de chaque côté du pubis à environ cinq centimètres de cet os.

Au bout de dix séances, la douleur a presque complètement disparu. Je termine le traitement par dix séances de faradisation de tension appliquée aux mêmes points et pendant le même temps.

J'ai souvent revu la malade depuis. Elle ne souffre plus du ventre. Son état général est satisfaisant.

L'histoire de la seconde malade est analogue : c'est une femme de 32 ans, nullipare, pour laquelle les rapports sexuels ont toujours été très douloureux. Depuis 4 ans elle souffrait de crises douloureuses dans le ventre et les reins, pendant l'intervalle des règles, et elle était souvent obligée de garder le lit. Au moment de ses époques, l'incapacité de travailler et de se lever est absolue. Il y a un an elle entra dans un service hospitalier, et on pratiqua l'hystérectomie. Pendant deux mois les douleurs furent calmées puis elles reprirent peu à peu leur acuité. Lorsque je la vois les douleurs occupent le bas-ventre et le dos. J'ai d'emblée chez elle employé la faradisation de tension, les pôles appliqués de la même façon que dans l'observation précédente. Au bout de cinq séances l'amélioration était considérable. Actuellement elle est complètement guérie.

Lorsque les malades n'ont pas subi d'opérations le traitement électrique donne également de bons résultats.

Le traitement doit d'ailleurs être général et local.

Ces malades étant des neurasthéniques il faut veiller sur leur régime alimentaire, réglementer leur vie, les obliger à faire un peu d'exercice, mais en leur recommandant d'éviter la fatigue. Le travail intellectuel et les distractions doivent être modérés. Il ne faut pas oublier que l'ennui est pour ces malades une source d'aggravation de leurs souffrances, et sans les fatiguer occuper le plus possible leur esprit en dehors d'elles-mêmes.

Le traitement électrique comprend deux parties :

Traitement général par les bains statiques, qui augmentent considérablement les oxydations organiques, calment l'éréthisme nerveux, réveillent l'appétit, ramènent le sommeil et transforment en peu de temps les malades.

Comme traitement local on peut, comme je l'ai fait dans les observations citées, employer les courants continus descendants ou les courants faradiques. L'action calmante de ces derniers paraît plus rapide. On peut également, dans ces cas, employer les courants alternatifs sinusoïdaux dont récemment, M. le professeur d'Arsonval a montré l'action analgésique très énergique.

Chez les femmes vierges on se contentera d'applications sur la colonne vertébrale et sur les points abdominaux que j'ai signalés. Chez les femmes non vierges et non opérées on peut employer la faradisation lombo-utérine, mais cette dernière est douloureuse en raison de l'irritabilité du col, aussi doit-on préférer la faradisation dorso-vaginale.

Les rhéophores seront appliqués de même avec les courants alternatifs.

La durée moyenne des séances est de dix minutes:

On peut cependant, surtout dans les premières, prolonger l'application jusqu'à 15 ou 20 minutes, de façon à obtenir une disparition complète de la douleur.

. Pour les bains statiques on placera la malade sur un tabouret ou une chaise longue isolés au moyen de pieds de verre et qui seront reliés au pôle positif de la machine. On se servira pour les effluves de la pointe métallique qu'on promènera successivement sur les différents plans du corps en procédant toujours de haut en bas.

La durée d'un bain statique ne doit pas dépasser 15 minutes. Ils doivent être répétés trois fois par semaine.

Conclusions. — Les grandes névralgies pelviennes ou algies neurasthéniques sont d'origine centrale.

2° Leur cause première est l'état général des malades, les lésions utérines ou péri-utérines locales ne semblent pas avoir d'action déterminante.

3° Le traitement électrique général et local est celui qui convient le mieux à ces états.

4° L'insuccès d'une intervention chirurgicale n'empêche pas les bons effets du traitement électrique.

(*Annales de Psychiatrie*).

CONDUITE A TENIR DANS L'AVORTEMENT

par M. Rivière.

Lorsqu'une femme, enceinte de moins de 6 mois, est menacée d'avortement, le premier point que doit chercher à déterminer le praticien est de savoir si l'avortement est inévitable, ou s'il peut être évité.

Il est inévitable, en effet, et l'on ne doit rien faire pour l'arrêter, si l'on a la certitude que le fœtus est mort ou si les membranes sont rompues, ou enfin si la cessation de la grossesse peut être dite providentielle, pour la mère.

S'il n'en est pas ainsi alors même que l'hémorrhagie a été notable, que les contractions utérines sont fréquentes et fortes, que le col est largement entr'ouvert et semble prêt à laisser échapper l'œuf, on peut, on doit espérer arrêter l'avortement.

Dans ce but il y a deux moyens à employer : le repos absolu au lit et l'administration de l'opium. Il faut donc donner de l'opium, sous forme de laudanum, à hautes doses, en lavement.

Donc, mettre la femme au repos absolu, lui faire prendre un grand lavement évacuateur et, celui-ci rendu, donner un lavement composé de deux cuillerées d'eau contenant vingt gouttes de laudanum de Sydenham. Il faut se servir d'une petite seringue en verre munie d'une fine sonde en gomme qu'on poussera haut dans l'intestin, au-dessus des sphincters. Souvent les contractions utérines se calment, la perte sanguine cesse et tout rentre dans l'ordre ; presque toujours il y a au moins atténuation. Alors, une heure après, deux heures au plus, second lavement avec vingt gouttes encore. Et au besoin, une ou deux heures après, troisième lavement semblable ; et on peut continuer ainsi jusqu'à 100, 120, 150 gouttes même, en surveillant, bien entendu, la susceptibilité de la femme.

Mais il arrive que ces moyens échouent et l'avortement se fait malgré tout. Quelle conduite doit-on tenir ?

S'il n'y a pas de complications, la conduite est bien simple ; ne rien faire et laisser aller ; ou plutôt faire simplement une antisepsie discrète ; quelques injections avec 20 ou 25 centigrammes de sublimé par litre. Et, lorsque tout semble terminé, s'assurer que tout est bien venu ; chose facile si l'œuf a été expulsé entier, bien plus délicate lorsque l'avortement s'est fait en deux temps. En tout cas, s'il n'y a pas complication, ne pas se hâter, pas d'exploration intempestive ; simplement expectation, repos et antisepsie.

S'il y a complication, la conduite est toute autre et c'est alors qu'il faut savoir agir avec énergie, avec décision. Les complications sont l'hémorragie et la septicémie.

Il est rare que survienne une hémorrhagie, inquiétante au moins, quand l'œuf intact est encore contenu dans l'utérus ; elle est cependant possible. Que faire alors ? La conduite est bien nette. Le danger c'est l'hémorrhagie ; c'est donc l'hémorrhagie qu'il faut arrêter. Tamponner solidement le vagin avec des tampons de ouate aseptique, suffisamment serrés, tamponner sans spéculum, sans pommade ; c'est, il est vrai, une opération un peu douloureuse, mais le résultat est sûr. Le plus souvent, du reste, les contractions utérines, excitées encore par la présence du tampon, achèvent le décollement de l'œuf et quand on enlève le tampon, l'œuf suit et l'avortement se trouve achevé.

Ou bien, fait plus ordinaire, l'hémorrhagie survient quand l'œuf rompu a laissé échapper le fœtus et qu'il ne reste dans l'utérus que les annexes, en totalité ou en partie. Ici la conduite à tenir est plus complexe. Le traitement par excellence de l'hémorrhagie, c'est de vider l'utérus, mais de le vider complètement. Et cela, par le curettage, digital d'abord, souvent suffisant, et au besoin par le curettage instrumental. Le curettage effectué, l'utérus vidé, l'hémorrhagie s'arrête toujours ; si elle persiste, c'est qu'il y a encore quelques débris dans l'utérus ; il faut aller les chercher. C'est là l'intervention radicale et idéale. Mais si le médecin hésite à faire le curettage, il peut se borner à tamponner encore.

L'autre complication est la septicémie. Si on assiste au début des accidents, il suffira le plus souvent de procéder à une toilette antiseptique très sérieuse des voies génitales, de faire matin et soir une injection intra-utérine au sublimé, de saupoudrer l'orifice vulvaire avec de la poudre d'iodoforme et de l'obturer soigneusement avec de la ouate aseptique et un bandage en T pour enrayer les accidents. Si, malgré une antisepsie minutieuse, si, malgré la quinine à haute dose, la fièvre persiste, les frissons se renouvellent, si le ventre reste douloureux, le curettage est vraiment indispensable.

(Gaz. hebdom. de Bordeaux.)

SUR LA COLUMNISATION EN GYNÉCOLOGIE.

Sous le nom de columnisation, les gynécologistes américains désignent une sorte de tamponnement très serré du vagin. Ce procédé

thérapeutique a été employé avec bénéfice dans le service du prof. Laroyenne, à Lyon. M. Condamin, qui résume dans le *Lyon Médical* les résultats obtenus, décrit comme il suit la manière d'appliquer ce pansement :

Après désinfection soigneuse du vagin, nous procédons de la façon suivante : un spéculum ordinaire est introduit aussi profondément que possible et ses branches écartées ; on place alors les tampons, qui sont en coton hydrophile ou boriqué trempé dans la glycérine neutre. Ceux-ci sont fortement exprimés pour ne pas se réduire ensuite dans le vagin. Ils doivent présenter le volume d'une grosse noix. Les premiers, qui devront rester en contact avec les culs-de-sac vaginaux et le col utérin, sont en outre saupoudrés d'iodoforme. De cette façon, ils constituent d'abord un pansement antiseptique, et d'autre part empêchent aux écoulements utérins et vaginaux de se putréfier et de présenter au bout de quelques jours une odeur fétide. Les tampons qui sont dans le reste du vagin sont simplement imbibés de glycérine. De cette façon, l'odeur de l'iodoforme ne vient pas incommoder la malade. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile ; ce sont surtout ceux qui distendent le cul-de-sac postérieur qui doivent présenter ce caractère. Néanmoins, la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante.

Ceci posé, le tamponnement se fait suivant les règles ordinaires, en ayant soin de tasser surtout dans le cul-de-sac postérieur et en évitant de comprimer l'urètre quand on arrive à la partie inférieure du vagin.

La durée du séjour des tampons est variable ; chez certaines femmes ils ont pu rester sans inconvénient de quinze à vingt jours, mais d'une manière générale on doit les changer tous les cinq à six jours.

Soixante malades ont été traitées par la columnisation dans le service de M. Laroyenne. Voici comment M. Condamin résume les indications.

1° Chez les malades affectées de déviations utérines qui ne peuvent supporter les pessaires.

2° Chez les malades qui souffrent de prolapsus tubaires ou ovariens et dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant la marche impossible.

3° Chez les femmes qui, sans présenter de lésions utérines ou péri-utérines bien appréciables, se plaignent de ne pas pouvoir marcher,

parce que, suivant leur expression, leur ventre n'est pas soutenu, même lorsqu'elles portent une ceinture.

4° Dans le cas où des épaississements péri-utérins ou une obésité particulière de la malade ne permet pas de préciser un diagnostic. Si les tampons sont mal supportés ou douloureux, il y a tout lieu de croire à une affection suppurée, et alors on les enlève.

C'est à ces différentes classes de malades qu'appartiennent celles traitées à Lyon.

Quant aux avantages ils seraient les suivants.

1° Ce procédé a une action très rapide :

2° Il dispense les malades du séjour au lit, et leur permet, grâce au support fourni par les tampons, de marcher et de se livrer à leurs occupations ;

3° Il rend tout coït impossible pendant la durée du traitement, ce qui souvent n'est pas un mince avantage ;

4° Il ne donne lieu à aucune réaction inflammatoire ;

5° Le tamponnement associé à l'emploi de la glycérine neutre iodoformée, bénéficie des avantages du traitement glycériné, il dilate les tissus qui ont été rétractés sous l'influence de phénomènes inflammatoires et détermine, par l'écoulement abondant d'eau qui suit son application, une véritable saignée blanche dont l'effet décongestionnant est des plus marqués.

(*Bull. méd.*).

MICROBISME PRÉEXISTANT ET PUERPÉRALITÉ,

par M. Priolau (Brives).

Malgré l'antisepsie la plus sévère, pendant et après l'accouchement, il peut survenir, quoique rarement, dans le *post partum*, à la suite d'une maladie infectieuse générale, des infections puerpérales « inévitables ». Ces faits étaient connus déjà avant la période bactériologique actuelle. Trousseau cite un cas de puerpéralité après la scarlatine, Chaigneau après la variole, et Hervieux rapporte un exemple d'endocardite dans les mêmes conditions. Dans ces temps derniers Chantemesse a indiqué, comme une source d'infection, les germes intra-génitaux amenés là par le sang de la circulation générale et non du dehors chez des femmes ayant eu avant l'accouchement une infection générale.

Ces germes ne sont pas uniquement le streptococcus, comme le

croient Arloing, Chauveau et Widal, ils peuvent être très variés. MM. Pasteur, Chantemesse, Doléris l'ont depuis longtemps prévu. Bunn de Wurtzbourg, Doléris et Bonnaire, l'ont démontré pour les staphylococcus. Widal, lui-même, a vu deux cas d'infection par la bactérie découverte par Clado dans les urines. Moi-même, j'ai observé à la suite de fièvre typhoïde plusieurs cas d'accidents puerpéraux graves et même mortels produits par le bacille coli ; de même des phlegmons éloignés de la région génitale. Cependant, ces accidents puerpéraux ne sont pas nécessairement inévitables, car il faut des conditions spéciales, souvent peu déterminables, pour les produire.

Toujours est-il qu'il faut redoubler d'antisepsie en présence d'une maladie infectieuse dont la puissance prédisposante à la puerpéralité est évidente.

Comment se fait cette infection, alors que toutes les précautions les plus minutieuses ont été prises et qu'il n'existe aucune porte d'entrée extérieure, vulvaire ou vaginale ? Il est plus que probable que le sang infecté de la parturiente transportant partout les germes infectieux, les dépose aussi au niveau de la plaie placentaire, où ils se mettent à pulluler ; leur virulence s'exalte à cause de la température constante et du milieu favorable où ils vivent. De sorte que l'utérus infecté devient le point de départ d'une infection secondaire générale de l'organisme, de même nature et plus grave que la première, à cause de la diminution du pouvoir phagocytaire de l'organisme.

Des faits que j'ai énoncés il résulte en pratique des conséquences très importantes. En présence d'une infection générale pré-puerpérale, il faut faire l'antisepsie la plus soigneuse et la plus étendue possible des organes génitaux. On peut ainsi arriver à diminuer le nombre et la gravité des infections puerpérales considérées comme inévitables.

(*Bull. méd.*)

OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC TERMINAISON FAVORABLE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT,

par le D[r] L. WINTERNITZ. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 30, p. 868.)

Le sujet de l'observation de Winternitz, une femme de 35 ans, était en état de crétinisme. La taille mesurait 1[m],36. Dernières règles, à la fin du mois de janvier 1891. Entrée à l'hôpital, le 26 juin suivant. Bassin rachitique. Diamètre antéro-postérieur 7 centim.; dia-

mètre oblique 8 centim. 9. On essaie de provoquer l'accouchement prématuré, mais sans succès.

Le 19 octobre, la rupture de la poche des eaux se fait sans travail préalable ; l'écoulement continue le lendemain, sans que la femme soit prise de douleurs. Celles-ci se montrent finalement dans la nuit du 20 au 21. La tête de l'enfant était appuyée solidement contre la fosse iliaque gauche. Le col était dilaté au point de livrer passage à un doigt. Les bruits du cœur fœtal s'entendaient très bien. Dans l'après-midi du 21, à 3 heures 1/2, on procède à l'opération césarienne ; pour endormir la femme on combine les inhalations de chloroforme avec les injections sous-cutanées de morphine. Extraction d'un enfant vivant et vigoureux, du sexe masculin, pesant 3.870 grammes. Taille 54 centim. Dimension du crâne 8,5 ; 10 ; 11,7 et 13. Suites de couches normales. La température corporelle n'a pas dépassé 38°,1. Le dixième jour qui suivit l'opération, on enleva les fils à sutures ; la plaie opératoire était complètement cicatrisée.

En même temps que l'opération césarienne on avait pratiqué la castration. Pour justifier cette dernière opération, l'auteur invoque l'état d'idiotie de la femme ; on a considéré comme un devoir de mettre cette malheureuse hors état de concevoir.

(*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obst.*)

UN TRAITEMENT MÉCANIQUE DE L'INERTIE UTÉRINE PENDANT LA PÉRIODE DE DILATATION DU COL.

Lorsque, comme le fait se produit si fréquemment dans la pratique obstétricale, la dilatation du col traîne en longueur par suite de l'insuffisance des contractions utérines, on trouve presque toujours la tête fœtale mobile au-dessus de l'entrée du petit bassin. En pareil cas, M. le docteur A. Kielmann (de Breslau) conseille de provoquer l'engagement forcé de la tête de l'enfant dans l'excavation pelvienne au moyen de pressions manuelles exercées à travers les parois abdominales. Cette manœuvre, déjà employée par plusieurs accoucheurs (Hofmeier, Müller, etc.), dans les cas de bassin rétréci, tantôt comme moyen de mensuration, tantôt dans un but thérapeutique, constituerait le traitement le plus efficace de la simple inertie utérine chez les femmes à bassin normal, ainsi que M. le docteur A. Holovko, assistant de M. le docteur O. Küstner, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Dorpat-Youriew, et M. Kielmann, ont pu s'en convaincre dans nombre de cas. Dès qu'on

réussit à obtenir par des manœuvres externes l'engagement de la tête dans l'excavation pelvienne, le col commence à se dilater avec une facilité étonnante et l'accouchement se termine rapidement.

Mais pour obtenir cet engagement forcé de la tête, il faut employer des pressions très énergiques qui ne peuvent être exercées que pendant la narcose chloroformique profonde. En outre, les pressions doivent être pratiquées suivant l'axe du bassin, c'est-à-dire dans la direction de la concavité du sacrum. On se sert pour cela des deux mains, dont l'une presse sur l'occiput, tandis que l'autre agit sur le maxillaire inférieur de l'enfant. Il faut avoir soin, avant de procéder à cette manœuvre, de s'assurer de l'état de vacuité de la vessie et, si la poche des eaux est encore intacte, de rompre les membranes.

(*Sem. Méd.*)

FAIT INOUÏ DANS UN CURETTAGE UTÉRIN.

La réaction si importante déjà signalée en France depuis deux années et plus, par la plupart de nos gynécologistes, contre l'engouement du *curettage utérin*, cette réaction se manifeste en Allemagne, et la discussion ouverte par Alberti, continuée par Veit, Gusserow, Otrhmann, Olshausen, se termine à la *Société de gynécologie de Berlin* par ce récit dramatique fait par M. Martin.

Comme toujours, il s'agit d'un curettage pour rétention des membranes après l'avortement. Le médecin, un praticien fort occupé, fait le grattage, croit sentir encore une membrane dans l'utérus, y introduit une pince et amène à l'extérieur *75 centimètres* (*soixante-quinze*) d'intestin. Il l'arrache du mésentère, en disant à la famille que c'était le cordon ombilical resté après l'avortement. Puis laissant aux soins de son assistant la malade tombée dans le collapsus, il court chez M. Martin qui, en arrivant, trouve la femme à l'agonie avec l'intestin entre les jambes. Il a juste le temps d'introduire le paquet intestinal dans le vagin, et la malade meurt !

(*Revue gén. de l'antisepsie*).

VARIÉTÉS

UN PRÉCIEUX REMÈDE. — Voici la spirituelle attestation que nous cueillons dans un journal politique, sous forme de correspondance adressée à un fabricant de spécialités pharmaceutiques : « Depuis

deux mois, ma femme souffrait d'un enrouement avec difficulté de parler. Depuis qu'elle a pris de votre médicament, elle ne parle plus du tout. Veuillez, je vous prie, m'envoyer encore deux flacons au plus tôt. » (*Gaz. méd. de Liége.*)

—

CONSÉQUENCES COMIQUES D'UNE ÉPIDÉMIE HYSTÉRIQUE. — On rapporte une étrange histoire qui s'est récemment passée à Schwanheim près Francfort-sur-le Mein.

Dans ce village une bande de malfaiteurs, disait-on, pénétrait la nuit dans les habitations pour couper les tresses aux jeunes filles. Voici les faits tels qu'on les rapportait : un matin les deux jeunes filles de l'aubergiste H... se lèvent avec leur chevelure coupée et déclarent que la nuit quelqu'un a pénétré dans leur chambre et a enlevé leurs cheveux.

Cette histoire fut acceptée non seulement par les parents qui couchaient dans la chambre voisine et qui, malgré la porte ouverte, ne s'étaient aperçus de rien, mais encore par tout le village. L'agitation produite par cet événement s'accrut encore lorsque pareil fait se reproduisit, quelques nuits plus tard, sur la fille d'un tailleur. Un peu plus tard encore, les malfaiteurs auraient fait une visite nocturne à une jeune femme nouvellement mariée, mais à celle-ci ils se seraient bornés à ramener ses cheveux sur le visage.

Enfin, un dernier fait vint mettre à son comble l'émotion des habitants de Schwanheim. Une jeune fille qui allait se marier fut tondue à ras. Tout Schwanheim fut alors mis en état de siège ; femmes et filles n'osaient plus se coucher ; on organisa une garde de sûreté composée de vingt habitants qui, armés de vieilles piques et de fusils, firent des patrouilles dans les rues. On ne s'empara d'aucun coupeur de chevelures, mais les attentats ne se reproduisirent plus.

Naturellement, les mauvais plaisants profitèrent de la chose. Le père des deux filles H... reçut une lettre dans laquelle les coupeurs de nattes lui annonçaient qu'ils viendraient prochainement lui couper la barbe. A la porte de la Maison municipale on trouva une affiche en vers de mirliton conçue en ces termes : « Nous sommes trente qui travaillons la nuit ; le jour nous regardons par la fenêtre et nous nous moquons des habitants. Pour le moment nous coupons des nattes ; plus tard nous couperons des têtes. »

Toute cette histoire finit par s'expliquer. Les jeunes filles H... s'étaient coupé les cheveux elle-mêmes, ce qui a déjà été ob-

servé chez des jeunes hystériques désireuses d'attirer l'attention. D'autres femmes et filles les ont imitées ensuite dans le même but, créant une sorte d'épidémie névropathique comparable aux anciennes épidémies de danse de St-Guy. L'explication trouvée, l'épidémie s'arrêta complètement.

(*Bull. méd.*).

CONGRÈS DES GYNÉCOLOGUES RUSSES. — La Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg a élu une commission pour élaborer le projet relatif au premier congrès des gynécologues russes. Ce projet, lu à la Société, qui l'a accepté, est déjà présenté au gouvernement pour obtenir son consentement. Le Congrès aura probablement lieu à Saint-Pétersbourg, pendant les vacances de Noël de l'année 1894-1895.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Deuxième note sur l'application au traitement de la tuberculose de l'iode métalloïde associé à des phosphates physiologiques**, par le Dr CADIER et L. JOLLY. Clermont, 1894.

II. **Effets thérapeutiques des eaux thermales du Mont-Dore dans le traitement de la phtisie pulmonaire**, par le Dr J. MASCAREL. Paris, 1894.

IV. **Les difficultés du traitement des teignes tondantes**, par le Dr H. A. MARTIN. Paris, Steinheil, 1894.

IV. — **Neurasthenia and its treatment by hypodermic transfusions according to the method of Dr Jules Chéron, by Ralph Browne.** London, Churchill, 1894. (In-8° de 56 p.)

V. La Société française d'hygiène, à la suite du Concours d'hygiène coloniale dont elle a couronné les travaux l'an dernier, vient de publier le **Manuel d'hygiène coloniale** qui les résume. La Commission des publications de la Société avait, à l'unanimité, confié la rédaction du Manuel au Dr Ad. Nicolas, de la Bourboule, qui s'est fait une spécialité de ce genre d'études. — L'auteur a justifié ce choix en donnant à son rapport le cachet original et personnel qui le distingue. Le Manuel est divisé en deux parties : 1° le Campement ; 2° le Colon. Dans la première sont exposées les conditions hygiéniques du premier établissement en pays neuf et l'assainissement des nouvelles et vieilles colonies. Dans la seconde sont étudiées les conditions de résistance du Colon de toute race et de toute profession, et les moyens de maintenir et d'accroître cette résistance. Ce Manuel continue la série remarquable des Traités populaires que publie la Société française d'hygiène avec autant de zèle que de désintéressement.

En vente au siège de la Société, 30, rue du Dragon, et chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

VI. **Des phobies ou peurs maladives**, par le Dr GÉLINEAU.

La Société d'Editions Scientifiques, rue Antoine-Dubois, à Paris, vient de publier un traité des phobies ou peurs maladives, affection qu'il faut se garder de confondre avec la peur vulgaire.

Jusqu'à présent, aucun auteur n'avait entrepris de réunir en un même groupe, les phobies variées dont on rencontrait des exemples dans beaucoup d'ouvrages de médecine mentale. Le Dr Gélineau a eu la pensée, non seulement de les grouper, mais encore de donner à ce groupe une autonomie réelle, une nationalité distincte.

L'auteur démontre, en effet, par une foule d'observations, dont beaucoup lui sont personnelles, que les phobies sont loin d'être toujours, ainsi qu'on les a considérées jusqu'à présent, un symptôme, une dépendance de la neurasthénie

Il revendique pour elles une existence particulière, indépendante de cette dernière, arbre trop touffu qu'il invite à émonder vigoureusement.

Le neurasthénique se plaint, en effet, constamment de céphalalgie, de dyspepsie, de dilatation stomacale, d'insomnie, d'inappétence sexuelle, de dépression physique et morale ; le phobique lui, à part sa peur intermittente accompagnée de défaillance soudaine, est gai, solide, courageux, il mange, boit, digère et dort avec entrain.

L'auteur distingue trois degrés dans la maladie : 1° les *Pseudo-Phobies* qui comprend les aversions instinctives qui sont l'apanage d'une foule de gens (peur des chats, des chiens, des chevaux, des souris, de certaines fleurs, des voitures, etc., etc.); 2° les *Phobies secondaires* qui sont sous la dépendance des diathèses arthritique ou nerveuse ; 3° les *Phobies essentielles* qui ne se rattachent à aucune tare physique ou psychique.

De nombreuses observations, quelques-unes très originales, démontrent la justesse de cette division.

Quant au traitement, il comporte, d'après le Dr Gélineau, quatre indications principales : 1° Le traitement de l'état névropathique général ; 2° celui de la cause présumée ; 3° le traitement hygiénique ; 4° le traitement moral.

Le premier est le plus important (Bromures, vin de kola et de coca, injections sous-cutanées de phosphore, de strychnine ou de Brown-Séquard, l'hypnotisme a donné souvent d'excellents résultats, sans compter l'hydrothérapie qui est la pierre d'angle du traitement).

Une bonne hygiène secondera cette thérapeutique. La vie à la campagne, l'absence d'émotion, des distractions, des aliments de facile digestion seront recommandés.

Enfin, on cherchera, par le traitement moral, à aguerrir les malades ; on les encouragera sans cesse, tout en cherchant à écarter d'eux les circonstances favorisant les accès.

Au résumé, tous ceux qui s'occupent de pathologie mentale, de même que les personnes désireuses de suivre les progrès du nervosisme fin de siècle, liront avec plaisir cette œuvre très fouillée, très documentée et écrite dans un style fort agréable.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

95. — Nature et traitement des hémorragies liées aux fibromes de l'utérus ; par le D[r] L.-R. Regnier, ancien interne des hôpitaux. — Les méthodes de traitement contre les hémorragies dues à la présence des fibromes de l'utérus sont aujourd'hui nombreuses et variées. On peut les ramener cependant à deux classes : traitements médicaux ; traitements chirurgicaux.

Les traitements médicaux sont : le repos au lit au moment des règles, les injections vaginales chaudes soit simplement antiseptiques, soit astringentes, les douches vaginales chaudes, les cures balnéaires aux eaux chlorurées sodiques ; l'administration à l'intérieur ou en injections sous-cutanées de substances hémostatiques : ergotine, hamaméline, hydrastis, la cautérisation au chlorure de zinc, les méthodes électriques, faradisation, courants continus à haute intensité, courants continus avec renversements sans chocs, courants continus avec alternances rythmiques, électrolyse interstitielle au cuivre ou au fer. Les traitements chirurgicaux comprennent le curettage, l'opération de Battey, l'hystérectomie vaginale ou abdominale, la ligature des artères utérines. Chacun de ces traitements est vanté comme donnant les meilleurs résultats et il est certain que chacun pris à part réussit dans un certain nombre de cas, et échoue complètement ou partiellement dans d'autres. Chaque auteur a vanté l'excellence de sa méthode et grand doit être aujourd'hui l'embarras des médecins consciencieux lorsqu'ils ont à choisir pour leurs clients le traitement qui doit leur être le plus profitable. L'incertitude cesserait aussi bien pour le médecin que pour le chirurgien si, au lieu d'appliquer sans discernement, seulement en vertu d'une préférence toute personnelle un de ces modes ou l'autre, on avait cherché d'abord à reconnaître la cause du mal et apprécier autant que possible le mécanisme par lequel se produisaient ces hémorrhagies. C'est ce que je vais tenter dans le présent travail, résultat de trois années de recherches faites sans autre parti pris que celui de me renseigner exactement.

La cause de l'hémorrhagie, dit-on, c'est la présence du fibrome,

donc, pour le chirurgien, le plus simple, c'est de l'enlever. Ce serait très bien si l'opération était bénigne, mais il s'agit au contraire d'une intervention des plus sérieuses, donnant encore une mortalité considérable et devant laquelle reculent encore beaucoup de chirurgiens prudents, car, enlever le fibrome c'est faire l'hystérectomie. D'un autre côté, il est établi que, au moment de la ménopause, les hémorrhagies cessent le plus souvent et que le fibrome peut rester dans le ventre de la malade sans produire d'autres accidents. Enfin il est prouvé que les méthodes palliatives sont souvent efficaces et peuvent dispenser de faire courir aux malades les risques de l'opération, et c'est pourquoi souvent le chirurgien borne son intervention au curettage ou à la castration, quitte à arriver plus tard, si cela ne suffit pas à l'opération radicale. Cherchons maintenant l'explication des succès et des insuccès des diverses méthodes de façon à poser nettement les indications de chacune d'elles.

L'explication est plus simple qu'on ne le pense et il suffit d'y réfléchir un peu pour que la lumière se fasse dans cette question soi-disant obscure.

1° La présence du fibrome provoque, dit-on, l'hémorrhagie. Cela n'est pas toujours exact, puisque tous les gynécologues voient un certain nombre de malades ayant des fibromes et qui n'ont ni ménorrhagies, ni métrorrhagies. Pour ma part, sur un total de quatre-vingt-quinze malades atteintes de cette affection, j'en ai eu dix qui n'ont jamais présenté d'hémorrhagies ni même de règles exagérées. Le fait n'est donc pas exceptionnel.

La présence du fibrome n'est donc pas la seule raison d'être de l'hémorrhagie.

2° Considérons maintenant le siège de la tumeur. Nous voyons que le fibrome peut être sous-muqueux, intraviscéral, sous-péritonéal, dans les ligaments larges. Les hémorrhagies se produisent-elles également dans tous ces cas ?

D'après mes observations les fibromes sous-péritonéaux, les fibromes du ligament large s'accompagnent rarement de ménorrhagies. Elles sont toujours peu abondantes. Les fibromes intra-pariétaux s'accompagnent assez souvent de ménorrhagies, plus rarement de métrorrhagies ; ces dernières, quand elles surviennent sont considérables, persistantes et résistent presque toujours aux traitements radicaux ou aux interventions chirurgicales palliatives : curettage, castration.

Dans le premier cas les ménorrhagies tiennent le plus souvent à ce qu'au moment des règles il se fait dans les vaisseaux péri-utérins de la stase par suite de l'entrave qu'apporte le fibrome à l'irrigation d'une portion plus ou moins étendue du parenchyme musculaire utérin, le sang reflue par les trompes sous forme de ménorrhagie. Mais le moment des règles passé, la stase diminue ou cesse et l'écoulement sanguin se tarit. La seconde éventualité se produit d'après deux de mes observations personnelles dans les cas où le tissu fibreux a envahi la presque totalité du corps de l'utérus qui se trouve pour ainsi dire englobé dans la tumeur, dont il ne se différencie plus qu'à peine au microscope. Dans ces cas, les fibromes sont toujours volumineux et pèsent de 500 gr. à 1, 2, 3 kilogrammes et plus. La cavité utérine, considérablement agrandie, mesure de 12 à 17 centimètres et peut-être plus. La muqueuse est dégénérée, parcourue par des vaisseaux dilatés indurés à parois friables et pour la plupart s'ouvrant par des orifices plus ou moins perméables sur la surface même de la cavité de la matrice. On comprend facilement que dans ces cas aucun hémostatique ne parvienne à entraver l'écoulement sanguin.

Les fibromes sous-muqueux provoquent également par leur présence la stase sanguine puis, comme la cavité utérine est rarement aseptique surtout dans les cas où le col est plus ou moins largement ouvert et l'espace intra-utérin agrandi, survient l'endométrite plus ou moins végétante, fongueuse et dans ces cas aussi nous observons des métrorrhagies profuses et qui ne s'arrêteront que momentanément sous l'influence du curettage pour reparaître au bout de quelques mois, car la cause de l'endométrite subsiste et l'hémorrhagie se reproduira fatalement au bout de quelque temps.

Les hémorrhagies dans les fibromes reconnaissent donc en réalité deux causes : la stase sanguine dans le système vasculaire utérin et péri-utérin ; l'altération anatomique de la muqueuse utérine. Ces deux causes peuvent être associées ou séparées.

Lorsqu'il y a seulement stase, ce sont des ménorrhagies plus ou moins abondantes qu'on observe, c'est-à-dire des règles plus abondantes et plus longues.

Lorsqu'il y a altération anatomique de la muqueuse utérine, ce sont des métrorrhagies qui se produisent, les règles ne sont plus à époques fixes, elles avancent de plusieurs jours et dans leur intervalle il survient encore des pertes, quelquefois même l'écoulemeut du sang est pour ainsi dire continuel, c'est ce qu'on voit dans les gros

fibromes intra-parenchymateux avec sclérose de la muqueuse et quelquefois aussi avec les polypes fibreux pédiculés qui pendent dans la cavité utérine et descendent quelquefois jusque dans le vagin. Appliquons maintenant ces données aux divers traitements préconisés contre les hémorrhagies dues à la présence des fibromes.

Dans les cas de métrorrhagies, il s'agit simplement de faire cesser la stase circulatoire.

Le repos au lit, les injections vaginales très chaudes, l'administration par la bouche ou par la voie sous-cutanée des médicaments constricteurs des vaisseaux : ergotine, hydrastis, hamamelis donnent de bons résultats.

Dans ces cas également les méthodes électriques dynamiques à action discontinue ou variable agissant sur la contractilité vasculaire arrêteront les ménorrhagies. Ainsi s'expliquent les bons résultats donnés par la faradisation, par les courants continus à intermittences rythmiques, employés par M. Chéron, par les renversements sans choc de Danion et aussi par les courants alternatifs à la vitesse de 3,000 à 5,000 tours par seconde.

Les courants continus avec le pôle positif appliqué dans la cavité utérine agissent également bien comme décongestionnants, même à des intensités ne dépassant pas 50 milliampères. Par conséquent il n'est pas étonnant qu'on ait cité de bons résultats obtenus avec ces diverses méthodes. C'est aussi contre les ménorrhagies que la castration tubo-ovarienne réussit. Mais je pense que chez les femmes, jeunes au moins, il vaut mieux l'éviter, puisque les moyens médicaux bien employés suffisent.

Avec les fibromes intraparenchymateux de la première variété que j'ai décrite, le traitement médicamenteux et les diverses méthodes électriques réussissent aussi. Cependant, la méthode de M. Apostoli est dans ce cas supérieure, parce qu'on agit à la fois sur l'élément vasculaire péri-utérin et sur la nutrition du fibrome, dont on peut amener une diminution suffisante pour éviter le retour des accidents. Dans ceux de la seconde variété l'intervention radicale s'impose à cause du volume et de la consistance de la tumeur et de l'état des vaisseaux de la muqueuse utérine. Le curettage, le chlorure de zinc, la castration ne donneront qu'un soulagement momentané et l'électricité peu de chose. On a alors à choisir entre l'hystérectomie et la ligature des artères utérines. Pour les fibromes sous-muqueux accompagnés d'endométrite, le traitement médicamenteux est le plus

souvent impuissant à arrêter l'écoulement du sang. Le curettage, la cautérisation au chlorure de zinc donneront des améliorations momentanées. Les méthodes électriques-dynamiques donneront peu de résultats. Ici la méthode de M. Apostoli est préférable de beaucoup, à cause de sa double action sur l'endométrite et sur le fibrome.

Telles sont les indications qui peuvent nous guider dans le dédale de la thérapeutique des hémorrhagies dues aux fibromes. Elles nous permettront de distinguer les cas dans lesquels les méthodes conservatrices suffisent de ceux où elles n'ont aucune chance de succès et où l'intervention chirurgicale s'imposera. Pour cette dernière, il y aura lieu aussi de tenir compte de la localisation du fibrome, de son volume et de l'état de l'utérus qui le porte, si on veut, au lieu de procéder un peu à l'aveuglette comme on le fait encore trop aujourd'hui, donner aux malades le bénéfice sérieux qu'elles sont en droit d'attendre d'une intervention grave avec le minimum de risques possible pour elles.

(*Progrès médical.*)

***

96. — Traitement de l'Avortement, par le professeur Schauta, de Vienne. — La première question que l'on doit se poser est celle-ci : L'avortement peut-il encore être évité ?

Un avortement peut être prévenu aussi longtemps que le col n'est pas entr'ouvert et que l'hémorrhagie ne devient pas dangereuse par son abondance. Dans tous les cas où il est possible d'arrêter la perte de sang, l'intervention du médecin doit être aussi peu active que possible ; on ne fera rien contre l'hémorrhagie aussi longtemps que celle-ci n'est pas trop violente. Donc, ni le tamponnement, ni le froid, ni l'ergotine ne seront employés, car sans cela on manquerait le but à atteindre. Si, après plusieurs jours, l'hémorrhagie vient à cesser et si on ne constate pas de dilatation du col, on peut admettre que l'avortement ne se produira pas. Il convient cependant que la femme garde le lit au moins pendant huit jours après la cessation de l'hémorrhagie.

Lorsque l'avortement ne peut être évité, c'est-à-dire lorsque la dilatation du col est telle qu'on y peut introduire le doigt, ou bien lorsque le col est peu dilaté, mais l'hémorrhagie abondante, on se bornera à combattre le symptôme le plus dangereux, la perte de sang. Schauta combat énergiquement le mode d'intervention active préco-

nisé par d'autres auteurs. Grâce aux contractions lentes qui se produisent, l'œuf se détache beaucoup mieux spontanément de la face interne de l'utérus qu'on ne le ferait avec les doigts. Il peut se faire, en effet, que les doigts n'arrivent pas jusqu'au fond de l'utérus et il est alors difficile de détacher l'œuf entier, on s'expose à l'écraser, à le morceler ; des fragments de membranes peuvent rester dans la matrice. Ces cas sont les plus graves et les plus désagréables. Aussi l'auteur conseille-t-il d'agir alors de la façon suivante : Lorsque l'hémorrhagie est si grave qu'on ne peut se passer d'intervenir, on tamponne au moyen d'une languette de gaze iodoformée, d'environ 2 mètres de long sur 10 centimètres de large, qu'on introduit dans le vagin en laissant pendre l'extrémité au dehors. Il est inutile de se servir du spéculum ; le mieux est de faire glisser la languette de gaze sur deux doigts introduits dans le vagin. Il est très facile, dans la suite, de retirer ce tampon en tirant sur l'extrémité libre.

Si après le tamponnement il se produisait des douleurs assez fortes pour admettre qu'elles ont amené l'expulsion de l'œuf, le tampon serait retiré et on trouvera souvent l'œuf dans le vagin. Les douleurs peuvent cependant ne pas être assez violentes pour détacher rapidement l'embryon. Il faudrait alors laisser le tampon en place, mais pas au delà de 24 heures, à cause du danger d'infection. Après enlèvement du tampon, deux cas pourront se présenter : 1° le col est dilaté ou non ; 2° il persiste ou non une perte de sang.

Le col n'est-il pas sensiblement dilaté et l'hémorrhagie a-t-elle cessé, on peut attendre avant d'intervenir. Le col est-il au contraire considérablement dilaté et l'œuf non encore détaché, on fera de suite un nouveau tamponnement, car l'hémorrhagie se reproduirait facilement. Dans le 1er cas, il y a encore espoir de ne pas voir survenir l'avortement qui au début paraissait inévitable.

Si la perte de sang ne s'arrêtait pas, il faudrait continuer le tamponnement en remplaçant le tampon au bout de 24 heures. En procédant ainsi, l'œuf finira par se détacher et par être expulsé entièrement. Il peut se faire que sous l'influence du tamponnement répété pendant plusieurs jours, le col se soit fortement dilaté au point d'admettre facilement deux doigts et que cependant l'expulsion de l'embryon n'ait pas lieu. Une intervention énergique s'inpose alors, car la dilatation du col prouve qu'il y a eu des contractions violentes et l'emploi ultérieur des tampons ne servirait à rien. Le fait que l'œuf ne s'est pas détaché indique que celui-ci adhère intimement à la face

interne de l'utérus. Ces adhérences doivent être rompues artificiellement en introduisant deux doigts daus la matrice, tandis que de l'autre main, placée sur l'abdomen, on abaisse l'utérus de façon à pouvoir en atteindre le fond avec les doigts introduits ; on détache les membranes avec précaution et sitôt cela fait, on retire la main. Le plus souvent, une simple pression exercée sur le corps utérin suffit alors pour provoquer l'expulsion de l'œuf. Si cependant celui-ci ne sortait pas, on le saisirait au moyen d'une pince et on l'extrairait en entier ou par fragments. En cas d'hémorrhagie consécutive, on tamponnera l'utérus avec la gaze iodoformée qu'on laissera en place pendant 24 heures.

Souvent le médecin n'est pas appelé au début d'un avortement, mais bien lorsque celui-ci est presque terminé ; les douleurs ont fait défaut, une hémorrhagie s'est déclarée, des caillots ont été expulsés et la perte de sang continue. L'œuf peut encore se trouver en entier dans l'utérus et le col être peu dilaté, ou bien l'œuf a été expulsé en partie, des fragments se trouvant encore dans l'utérus. La ligne de conduite à suivre en pareil cas dépend du degré de dilatation du col. Celle-ci peut être considérable et l'embryon être encore renfermé dans la matrice ; on se comportera alors comme il a été dit plus haut.

Quand l'utérus est revenu sur lui-même et que l'hémorrhagie continue, songez qu'il peut y avoir encore des fragments de membrane à expulser et dans ce cas faites la dilatation du col, le mieux au moyen des dilatateurs de Hégar. Une seule séance suffit pour obtenir une dilatation suffisante. Au moyen du doigt, on s'efforce d'enlever les fragments de membranes encore adhérents et si on n'y réussit pas, il ne reste qu'à opérer un raclage au moyen de la curette introduite en la faisant glisser sur le doigt. L'auteur recommande expressément de ne jamais faire de curettage au hasard, mais de se servir toujours du doigt comme guide et de ne racler que les endroits explorés d'abord par le doigt.

L'avortement supposé peut s'être produit depuis plusieurs semaines et depuis lors, la femme a continué à perdre du sang. Deux hypothèses sont possibles : Ou bien des restes de membranes se trouvent encore dans la matrice, ou bien il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Dans ce dernier cas, on trouvera à côté de l'utérus une tumeur se distinguant de toutes les autres tumeurs de cette région par sa consistance molle, pâteuse. On instituera, dans ce cas, le traite-

ment de la grossesse extra-utérine, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Les causes les plus ordinaires de l'avortement habituel sont :

1° L'existence d'une endométrite hypertrophique qui sera traitée par la cautérisation ou le curettage de l'utérus ;

2° Un changement de position de l'utérus, surtout la rétroversion et la rétroflexion. La prédisposition à l'avortement disparaîtra avec la guérison de cette infirmité ;

3° Les maladies chroniques du cœur et des reins. On instituera le traitement approprié ;

4° Enfin la syphilis, la cause la plus fréquente peut-être et à laquelle il faut toujours songer en l'absence d'autre affection. Traitement : frictions mercurielles.

On peut se trouver en présence d'anomalies de développement : l'utérus ne suit pas l'œuf dans son accroissement. La conception ne se produira naturellement pas ou bien la femme accouchera avant terme. Il est clair que dans ces cas la thérapeutique est sans effets. (Du *Scalpel*.)

D[r]. F. Bidlot fils.

(*J. de méd. de Paris.*)

***

97.— Un traitement médical de la salpingo-ovarite chronique. — On sait que dans le traitement médical des affections chroniques de l'utérus et de ses annexes les agents physiques, l'électricité et le massage jouent un rôle important. Or, ces moyens sont souvent impraticables ou au moins difficiles à employer dans la clientèle d'un praticien qui s'occupe de médecine générale, en particulier lorsqu'il exerce à la campagne. C'est surtout le cas pour le massage gynécologique qui, bien qu'il ne nécessite l'emploi d'aucun appareil, exige, outre une technique spéciale, une dépense relativement considérable de forces et de temps qu'un médecin n'est pas toujours à même de faire.

Aussi serait-il désirable de pouvoir remplacer, au moins pour certaines affections gynécologiques, le massage manuel par un moyen mécanique quelconque dont l'effet serait analogue à celui des manœuvres kinésithérapiques, mais qui agirait d'une façon pour ainsi dire automatique.

Il y a environ deux ans, M. le D[r] Auvard, accoucheur des hôpi-

taux de Paris, a fait connaître un moyen mécanique de ce genre qu'il a appliqué avec avantage au traitement de la salpingo-ovarite chronique : c'est la compression intermittente de la région atteinte au moyen d'un sac rempli de petit plomb de chasse. Tout récemment, ce même confrère a imaginé un traitement de la salpingo-ovarite encore plus simple et plus commode que la compression intermittente, puisqu'il permet à la malade de vaquer à ses occupations habituelles et n'exige à aucun moment de la journée le décubitus dorsal prolongé, inévitable avec le procédé du sac de plomb.

M. Auvard a bien voulu nous communiquer les résultats favorables qu'il a obtenus grâce à ce traitement d'une exécution extrêmement facile, et qui consiste à produire une distension permanente des culs-de-sac vaginaux au moyen de tampons de ouate tassés tout autour du col de l'utérus.

Son chef de clinique, M. le Dr d'Hotman de Villiers, a eu l'obligeance de nous montrer la façon dont ce tamponnement est pratiqué. Voici comment on procède :

Après avoir lavé le vagin et essuyé avec du coton hydrophile le col de l'utérus et les culs-de-sac vaginaux, on introduit un spéculum bivalve dans lequel on verse vingt à trente grammes de glycérine additionnée d'une bonne pincée d'acide borique en poudre. On prend ensuite un tampon de coton hydrophile du volume d'un petit œuf de poule et muni d'un fil, on le saisit à l'aide d'une pince à pansement et on l'introduit dans le cul-de-sac de Douglas qu'on a soin de bien distendre. Ceci fait, on introduit de la même façon un tampon dans chacun des culs-de-sac latéraux du vagin. Ces trois tampons, qui s'imbibent aussitôt de la glycérine préalablement versée dans le spéculum, suffisent souvent pour étreindre le col utérin et distendre en tous points la voûte vaginale. D'autres fois, on est obligé d'y adjoindre un quatrième tampon qu'on enfonce dans le cul-de-sac vaginal antérieur.

Le pansement est laissé en place pendant deux ou trois jours au plus. Au bout de ce temps on le retire et on le remplace par un autre, et ainsi de suite.

Les tampons, lorsqu'on les enlève, dégagent une odeur de fermentation qui peut être assez forte chez les malades ayant un écoulement abondant, mais qui ne présente aucun inconvénient pour la santé générale de la femme. On peut d'ailleurs l'éviter en ajoutant de l'iodoforme à la glycérine versée dans le spéculum lors de l'application des

tampons, si la malade ne se refuse pas à avoir recours à une substance d'une odeur si pénétrante.

Le tamponnement, appliqué de la façon qui vient d'être décrite, agit à la fois comme un bain émollient et comme une sorte de massage automatique interne produit par la distension vaginale permanente. Quoi qu'il en soit de son mode d'action, le fait est que, dans la plupart des cas où il a été employé à la clinique de M. Auvard, — et ces cas forment déjà un total assez important, — ses effets thérapeutiques ont été excellents. Souvent dès le premier pansement la malade éprouve un soulagement manifeste qui s'accentue dans la suite. Les douleurs s'amendent de plus en plus. L'empâtement des culs-de-sac vaginaux diminue rapidement et peut même disparaître complètement. Les collections purulentes des trompes se vident. Les ovaires, prolabés dans la cavité de Douglas, perdent leur sensibilité douloureuse, diminuent de volume et finissent par devenir imperceptibles au toucher, c'est-à-dire remontent à leur place habituelle. Enfin, l'utérus, auparavant immobilisé par la tuméfaction des annexes, récupère sa mobilité normale. Ces résultats, qui peuvent être considérés comme une guérison plus ou moins complète, ont été parfois obtenus dans des cas graves pour lesquels l'intervention opératoire avait d'abord paru inévitable.

Il va sans dire que le traitement par la distension vaginale n'est applicable que dans les cas de salpingo-ovarite arrivée à la période de tolérance, c'est-à-dire dans la phase chronique ou subaiguë et non pas pendant la phase aiguë et les périodes d'exacerbation de l'affection.

Un repos relatif est une condition favorable, mais non pas absolument indispensable au succès du traitement. On pourra aussi avoir recours avec avantage à certains moyens adjuvants, tels que l'emploi des toniques, des laxatifs, les lavements boriqués froids et des applications sur le bas-ventre de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Enfin, on ne négligera pas le traitement de l'endométrite concomitante.

Dr Vladimir de Holstein.

***

98. — Traitement des troubles de la ménopause. — Les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause peuvent être attribués à deux causes : aux troubles de la

circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomènes d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorrhagies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorrhoïdes, les troubles psychiques, etc., sont les phénomènes habituels do l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

Autrefois on recommandait tout particulièrement les émissions sanguines, la saignée, les ventouses comme moyens préventifs. Elles peuvent en effet combattre momentanément les phénomènes de stase mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait au contraire grand cas des purgatifs qui ont été recommandés de tout temps et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consommée par les secrétions intestinales abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompagne la constipation ; cependant on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les lavements ou les irrigations intestinales, les applications humides sur la région hypogastrique sont des moyens adjuvants très utiles. Kisch, qui exerce à Marienbad, recommande aussi les cures thermales avec les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30° ou 32° C. constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit ; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies viscérales et les troubles

psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidulées gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire : il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorrhagies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offrent un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorrhagie est peu abondante, le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'abdomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit encore avec avantage une teinture hémostyptique qui contient 0,10 d'ergot par gramme de teinture dont il donne 20 gouttes toutes les heures.

Un phénomène pénible de la ménopause assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme du cancer du col. Pour combattre ce symptôme du cancer Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs avant de se coucher un bain tiède à 30°, additionné de 1 kilogr. de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique 1 gr., amidon et talc pulvérisé ãã 50 gr. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause. Les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité ; les autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux premières convient un régime légèrement dégraissé ; aux secondes il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter les rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes génitaux ; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences. (*La France méd., d'après la Pester med. chir. Presse.*)

***

99. — Des moyens à employer pour extraire les tiges de laminaire retenues dans la cavité utérine. — La rétention dans la cavité de l'utérus d'une tige de laminaire introduite dans le but de dilater le col est un accident assez fréquent, Lorsqu'on ne prend pas la précaution de fixer l'extrémité libre de la tige, à l'entrée du col, au moyen d'une rondelle en caoutchouc percée d'un trou central, on trouve parfois, dès le lendemain, la tige remontée dans la cavité utérine. Le fil fixateur qui, dans ce cas, fait seul saillie hors de la cavité cervicale se rompt souvent lorsqu'on exerce sur lui une traction soutenue. Si l'on cherche alors à saisir l'extrémité de la tige avec une pince introduite dans le col, il arrive fréquemment qu'on ne peut extraire le corps étranger, soit qu'on ne parvienne pas à le trouver, soit parce que la laminaire, rendue friable par le gonflement, se désagrège sous les mors de la pince, qui n'en ramène que de minces débris.

Voici quelle doit être, d'après M. le docteur E. Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, la conduite du praticien en pareille circonstance :

On se rappellera d'abord qne, dans la majorité des cas, la tige de laminaire remontée dans la cavité utérine se trouve enclavée *en arrière* de l'orifice interne du col. C'est donc là qu'il faut la chercher avec une pince qu'on n'introduira qu'après avoir redressé l'axe du canal cervico-utérin au moyen d'une traction exercée sur la lèvre antérieure du col. Etant parvenu ainsi à saisir le corps étranger, *on le dégagera en le repoussant de bas en haut*, *avant de chercher à l'extraire*. Cette manœuvre a très bien réussi chez deux femmes observées par M. Monod.

Si ces tentatives d'extraction échouaient, on aurait recours à l'introduction d'une nouvelle tige de laminaire dans le but d'obtenir une dilatation plus complète du col. Ce moyen a été suivi d'un plein succès chez une troisième malade de notre confrère : dans ce cas, en retirant la seconde tige douze heures après son introduction, il vit la première tige se dégager comme d'elle-même et suivre le mouvement de l'autre.

Comme dernière ressource, reste la *discission du col.* Mais on ne pourrait y recourir d'emblée que si une extraction immédiate du corps étranger était formellement indiquée par une hémorrhagie grave ou des menaces d'infection. (*La Sem. méd.*)

***

100. — Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. (Thelen). (*Centralb. f. Gynækol.*, 27 janvier 1894). — Ayant eu à faire une hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus chez une femme de soixante-neuf ans dont le vagin était extrêmement étroit, l'auteur procéda de la façon suivante :

Il fendit transversalement par le milieu la grande et la petite lèvre d'un côté et approfondit l'incision de façon à diviser la paroi latérale du vagin jusqu'au cul-de-sac. Du côté de la peau, l'incision a été prolongée en dehors et en arrière jusqu'au pli génito-crural dans une étendue de 6 centimètres environ et également approfondie de façon à sectionner le constricteur du vagin, l'éleveur de l'anus et le tissu cellulo-graisseux qui entoure le vagin. Après avoir fait largement écarter les lèvres de l'incision, l'auteur put très facilement isoler l'utérus et l'extirper, après ligature et section des annexes. Il sutura ensuite la plaie cutanée et se contenta de faire le tamponnement iodoformé de la cavité qui se ferma par granulation en quatre semaines.

L'auteur pense que son procédé pourra être généralisé à tous les cas où l'on trouvera une étroitesse excessive du vagin avec utérus néoplasique immobilisé. L'incision unilatérale pourra suffire dans les cancers de l'utérus ; mais dans les myomes interstitiels ou autres tumeurs volumineuses de l'utérus on sera probablement obligé de fendre le vagin de chaque côté. Quant au traitement post-opératoire de la plaie l'auteur préfère le tamponnement iodoformé à la suture, le premier étant un procédé plus sûr, surtout en cas de cancer.

(*La Presse médicale.*)



101. — Traitement des métrorrhagies par les lavements d'eau salée. — M. Warman, dans *Thérap. Monat.*, traduit par la *Revue de clinique et de thérapeutique*, indique cette médication comme substitutive de celle des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de solutions salines. M. Warman l'a employée chez vingt-huit accouchées déjà en collapsus par suite d'hémorragie post-partum.

Leur effet se traduit par le retour de la température, du pouls et de la respiration. En voici la technique : une cuillerée à café de sel marin est dissoute dans un quart de verre d'eau à la température de la chambre. La malade est placée sur le côté, on introduit la canule en

la faisant passer au-dessous du vagin et on la maintient fortement pour compenser l'incontinence du sphincter.

M. Warman propose d'étendre cette médication à toutes les hémorragies abondantes. Une seule contre-indication : les entérorragies.

***

102. — Aménorrhée. (Bouchut) — Bouchut conseille deux gouttes de sulfure de carbone dans de l'eau de gruau sucrée, et des fumigations stimulantes sur les parties sexuelles avec :

Absinthe grande........................	ää 20 gr.
Armoise incisée........................	
Eau bouillante........................	1 litre.

***

103. — Constipation chez les femmes (Chéron). — Une cuiller à café, avant chaque repas, de :

Soufre sublimé et lavé................	ää 40 gr.
Crème de tartre........................	
Magnésie calcinée	

(*Formulaire Monin.*)

***

104. —Lavement contre la dysenterie infantile. (J. Simon.)

Cachou..	8 gr.
Extrait de noyer..............................	2 gr.
Extrait de campêche........................	3 gr.
Eau..	9.5

M. S. A.

FORMULAIRE

—

Le permanganate de zinc dans le traitement du catarrhe cervical,
Par le Dr J. Chéron.

S'il est une affection difficile à guérir, c'est assurément le catarrhe cervical. C'est en vain que les gynécologues ont employé les modifie

cateurs les plus variés ; le nombre des succès s'est toujours trouvé très inférieur au nombre des revers.

La raison en est dans ce fait, à savoir que le catarrhe résultant d'une infection glandulaire en rapport avec l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, il est fort difficile et souvent impossible de faire pénétrer dans ces glandes hypertrophiées, à ce point que leurs culs-de-sac s'enfoncent dans le parenchyme cervical, une substance modificatrice de l'hyperplasie et par contre de l'hypersécrétion.

Lassés de leurs insuccès, de nombreux gynécologues ont proposé de remédier à la situation par une intervention opératoire; c'est ainsi qu'ont vu le jour les opérations de Schrœder, de Martins, de Markwald, de Pozzi, de Bouilly, etc., etc., qui toutes s'adressent à telle ou telle complication (ectropion, sténose, etc.), portent en même temps remède au catarrhe chronique de la muqueuse du canal cervical.

Mais, il semble un peu excessif de traiter tous les degrés du catarrhe du col utérin par une intervention opératoire. C'est pourquoi le médecin gynécologue s'efforce-t-il, dans les cas de moindre tenacité, de modifier l'hypersécrétion cervicale par des topiques appropriés.

De ces topiques le nombre est grand, et ce ne serait pas en faire l'éloge que d'en faire l'énumération.

Aussi nous bornerons-nous aujourd'hui à faire ressortir l'action énergique produite par le *Permanganate de zinc.*

Berkeley Hill, qui l'a beaucoup employé dans le traitement de l'uréthrite même à l'état aigu, a fait remarquer combien le permanganate de zinc employé en solution est inoffensif pour les muqueuses sur lesquelles il ne produit aucun effet irritant.

Voici la formule à laquelle j'ai donné la préférence après de nombreux tâtonnements :

Permanganate de zinc..............	10 centigr.
Eau distillée........................	200 gram.

On prend une tige en platine sur l'extrémité de laquelle on enroule un peu d'ouate hydrophile qu'on imbibe de cette solution ; on introduit dans le canal cervical et on laisse en place pendant deux minutes.

Répéter tous les deux jours jusqu'à cessation de l'écoulement catarrhal.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

BULLETIN

—

I

Ptoses viscérales (entéroptose, dilatation de l'estomac et abaissement de l'utérus sans prolapsus). Traitement par le massage abdominal dans le décubitus renversé,

Communication faite au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences à Caen, le 13 août 1894,

Par le Dr Jules CHÉRON.

Les recherches, faites dans ces dernières années, sur l'entéroptose sont venues diminuer la place si grande et si large qu'avait, tout d'abord, prise la dilatation de l'estomac dans la pathogénie de nombreux états gastriques.

En disant que les recherches sur l'entéroptose sont venues diminuer la place prise par la dilatation de l'estomac, je crains de mal exprimer ma pensée, je veux dire que l'entéroptose est venue partager la place que la dilatation de l'estomac semblait, tout d'abord, devoir seule occuper.

Les remarquables travaux de M. Bouchard sur les altérations de la nutrition par ralentissement, dans leurs rapports avec la dilatation de l'estomac, ont éclairé d'un jour tout nouveau le groupe obscur des dyspepsies ; mais en présence du nombre

considérable des dilatés et du nombre considérable aussi des dilatations rebelles à tout traitement, on s'est demandé si d'autres conditions morbides inaperçues n'intervenaient pas dans la production de ces nombreux états gastriques que je signalais tout à l'heure.

C'est ainsi, sans doute, que fut faite et menée à bien l'étude de l'entéroptose par M. Glénard.

Je ne saurais attribuer, comme cet auteur, un rôle prépondérant à l'une ou à l'autre de ces lésions ; elles coexistent, voilà le fait. Il y a lieu de porter remède simultanément à l'une et à l'autre.

Pourquoi tous ces efforts de dialectique ayant pour but d'établir la dilatation de l'estomac, fonction étiologique de la viscéroptose ou inversement ?

Ne serait-il pas préférable de rechercher, par une conception plus élevée, la cause première, la cause originelle qui, à elle seule a engendré les deux lésions, et cette cause connue, ainsi que le mode d'action, c'est-à-dire la pathogénie, nous serions dans les conditions les plus favorables pour déduire les indications thérapeutiques et l'emploi des meilleurs moyens de traitement ?

« L'entéroptosé, défini au point de vue de la pathogénie et du pronostic de la maladie, dit M. Monteuuis (1), qui exprime assurément la pensée de M. Glénard en même temps que la sienne, l'entéropsé est un déséquilibré du ventre habituellement doublé d'une tare acquise ou héréditaire. Mais, c'est surtout la tare héréditaire ou antérieurement acquise qui est en cause et qui souvent d'ailleurs vient s'ajouter encore à la tare acquise. »

Pour M. Glénard, cette tare héréditaire c'est d'une part, *l'hépatisme*, dénomination sous laquelle il réunit l'arthritisme et l'herpétisme, et d'autre part, le *tempérament nerveux*.

(1) L'entéroptose ou maladie de Glénard. J.-B Baillière, 1894, Paris.

Ce n'est pas dans cette voie-là que je veux m'engager ; je ne m'appuierai point sur ces diathèses dans la recherche de la cause première des viscéroptoses et de la dilatation de l'estomac ; ce que je veux démontrer, c'est que ces deux lésions relèvent directement de l'épuisement nerveux et conséquemment de l'atténuation simultanée du tonus musculaire et de l'élasticité de tous les ligaments suspenseurs des viscères.

Chez les ralentis de la nutrition, chez les tuberculeux, voire même chez ceux qui ne sont qu'en imminence de tuberculose (Marfan), chez les surmenés, chez les déprimés de toute sorte, il y a épuisement du système nerveux, il y a abaissement de la tension artérielle, et cet abaissement est le critérium de l'épuisement nerveux, comme je l'ai démontré en 1893, dans mon travail sur l'hypodermie (1).

Lorsque le système nerveux est frappé d'épuisement, la valeur de la force émise diminue, conséquemment l'activité avec laquelle s'accomplissent toutes les fonctions de l'économie est atténuée, la vitalité est atteinte.

Tous les malades chez qui j'ai constaté l'existence de la dilatation de l'estomac ou même simplement de l'atonie gastrique présentaient un abaissement de la tension artérielle.

Il y a donc lieu de placer la viscéroptose dans le groupe des maladies chroniques à hypotension qu'après démonstration j'ai proposé de créer.

Dans les maladies chroniques à hypotension, l'épuisement nerveux joue le principal rôle et, dans ce cas, tous les systèmes de l'économie sont plus ou moins alanguis, mais celui qui parle le premier, celui qui nous révèle avant tous les autres son insuffisance fonctionnelle, c'est le système circulatoire par l'abaissement de la tension artérielle.

Or le système circulatoire, dans sa partie active, est essen-

(1) Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie. Société d'éditions scientifiques, 1893, Paris.

tiellement riche en fibres musculaires lisses; c'est lui, l'un des plus élevés en organisation, qui reçoit le premier coup ; viennent ensuite les autres viscères : estomac, intestin, foie, rein, utérus, etc., tous organes dont les éléments de composition et les éléments de suspension sont atteints de par l'épuisement nerveux central, épuisement nerveux qui amène la diminution du tonus musculaire, l'atténuation de l'élasticité des ligaments suspenseurs des viscères.

S'il est bien établi que cette cause première est génératrice de ces deux lésions : viscéroptose et dilatation de l'estomac, les indications thérapeutiques se limiteront de la façon suivante :

1° Réparer l'épuisement du système nerveux central.

2° Réparer les lésions ou, tout au moins, atténuer leurs effets.

La réparation du système nerveux est une question que j'ai longuement traitée par ailleurs (1). L'étendue limitée de cette communication ne me permet pas d'y revenir.

Abordons, sans retard, la deuxième indication thérapeutique : réparer les lésions (viscéroptose et dilatation de l'estomac) ou tout au moins atténuer leurs effets.

Nous connaissons tous le traitement que M. Bouchard a institué dans la dilatation de l'estomac : la diète sèche, le régime, les amers, les tétanisants. Ce traitement est devenu classique. Mais, d'autre part, M. Glénard rapportant à l'entéroptose la plupart des phénomènes morbides attribués à la dilatation de l'estomac a posé en principe : traitement de l'entéroptose = sangle pelvienne, régime, laxatifs.

Il est démontré aujourd'hui que l'emploi de la sangle rend les meilleurs services dans les cas d'entéroptose et de dilatation de l'estomac. Dès l'application de cette sangle disparaissent, le plus ordinairement, les douleurs et les malaises qui, jusqu'alors, avaient résisté à tout traitement.

(1) Loc. cit.

Cette sangle pelvienne embrassant les hanches, refoulant et soutenant la paroi abdominale dans la partie sous-ombilicale est, dans le cas, un remarquable moyen thérapeutique dont l'invention fait honneur à M. Glénard.

Mais il est bon de dire que, souvent, dans des cas extrêmes où la paroi abdominale est largement distendue, où l'estomac dilaté devenu tout à fait vertical descend bien au-dessous de l'ombilic, la sangle est insuffisante. Quelquefois il en est ainsi dès le début ; d'autres fois ce n'est qu'à la longue que la sangle cesse de rendre service.

Dans les cas moins accentués et lorsque la maladie est à ses premières phases, la sangle est utile dès le moment où on en fait l'application, et le bon résultat produit se perpétuera aussi longtemps que la malade en fera un usage régulier. C'est dire qu'il ne faut plus s'en séparer.

On verra tout à l'heure pourquoi je fais ressortir ces deux faits : insuffisance de la sangle, d'emblée ou au bout d'un certain temps, dans certains cas ; impossibilité de se séparer de cette ceinture dans tous les autres cas où elle aura rendu service.

Je ferai remarquer que de tous les moyens mis en œuvre contre l'état complexe, viscéroptose et dilatation de l'estomac, celui qui tient jusqu'ici la première place est représenté par un moyen physique ; la sangle pelvienne qui reste cependant un simple moyen de contention sans action curative sur la cause originelle de la maladie, sur l'épuisement nerveux, puisque le cortège symptomatique reparaît aussitôt qu'on cesse d'en faire usage.

Mais il est un moyen dont l'action dynamique ne s'exerce point sous une forme passive comme celle du précédent, un moyen puissant qui réveille la vitalité des organes et agit par effet réflexe sur les centres nerveux, dont il combat l'épuisement, je veux parler du massage abdominal.

Si la question n'est pas absolument neuve, elle est cependant bien loin d'être classique. C'est au traitement des déviations utérines que, sous l'influence de Thure-Brandt, le massage abdominal a été, jusqu'ici, plus particulièrement appliqué.

Notons aussi de nombreuses tentatives faites dans le but de combattre la constipation.

C'est en appliquant le massage abdominal au traitement des changements de position de l'utérus et au traitement de la constipation, que je compris, au début de mes recherches, les services que ce moyen devait rendre dans les cas de dilatation de l'estomac et de ptose viscérale et depuis que j'en ai fait une application suivie, je n'ai eu qu'à me louer des résultats.

Le Dr Cautru, dans un travail tout récent (1), vient d'établir, d'après un certain nombre d'observations et d'expériences bien conduites que le massage abdominal qui modifie les dyspepsies de la façon la plus favorable, ramène en même temps à la normale le chimisme stomacal.

Nous voilà en présence d'un moyen, le massage abdominal, qui combat avec succès l'atonie des parois de l'estomac et modifie le chimisme morbide, qui peut remédier à la constipation et relever l'utérus abaissé ; il est donc bien rationnel de lui demander de faire sur tous les organes abdominaux ce qu'il fait sur quelques-uns : stimuler ces organes, réveiller l'activité tonique de leurs éléments de suspension.

Mais il est bon de dire que si le massage abdominal donne d'excellents résultats dans le traitement des ptoses viscérales, ces résultats sont très longs à obtenir. C'est un traitement de très longue haleine dont se fatiguent parfois la patiente et le médecin.

Nous verrons plus loin ce que je propose dans le but d'abréger de beaucoup la longueur de ce traitement et d'obtenir des résultats plus complets.

(1) *Thèse de Paris*, 1893.

Mais auparavant quelques mots sur une troisième ptose qui reste unie aux deux autres de la façon la plus intime.

Si dans cette communication j'ai longuement insisté sur la corrélation qui existe entre l'atonie ou la dilatation de l'estomac et l'entéroptose, c'est que l'attention du public médical s'étant, dans la circonstance, concentrée sur ces deux lésions auxquelles la notoriété des parrains a fait une sorte d'acte de naissance, il importait de prendre ces deux ptoses viscérales à l'exclusion des autres, pour point de départ de la doctrine que je défends ici.

Maintenant que la chose est faite, à ces deux lésions j'en ajouterai tout de suite une troisième qui est absolument sous la même influence étiologique que les précédentes ; je veux parler de l'utéroptose ou métroptose, abaissement de l'utérus sans prolapsus.

Au dernier *Congrès de l'association pour l'avancement des sciences*, je fis une communication sur l'abaissement de l'utérus sans prolapsus par relâchement des ligaments larges, dans ses rapports avec la dilatation de l'estomac et je proposai de dénommer ce syndrome : Neurasthénie utéro-gastrique, pour bien indiquer que la dilatation de l'estomac et l'abaissement utérin sans prolapsus sont, l'un et l'autre, sous l'influence d'une même cause : l'épuisement nerveux qui frappe de parésie les fibres lisses de l'estomac comme les fibres lisses des ligaments larges.

Pour remédier à ce mode d'abaissement, à cet abaissement sans prolapsus où l'utérus, exagérant son antéversion normale, vient s'appuyer sur le plancher vaginal, deux moyens physiques s'offrent à nous : le massage de l'utérus et le port d'un anneau pessaire, propre à maintenir l'organe éloigné de la face postérieure du vagin avec laquelle il tend à rester en contact permanent.

Comme dans l'entéroptose, comme dans la dilatation de l'es-

tomac le résultat est bon, mais long à obtenir. Il y avait donc intérêt aussi, dans ce cas, à compléter le massage abdominal par l'adjonction d'un autre moyen. Voici celui que je propose.

Dans le but d'obtenir des résultats plus rapides, plus complets et par cela même plus durables, j'ai pensé à réaliser, en donnant à la malade, avant et pendant le massage abdominal, une position en décubitus renversé, ce que le massage seul parvient trop lentement à faire, c'est-à-dire la complète et rapide remise en place des organes ptosés, et de pratiquer le massage dans cette position afin de fixer, pour ainsi dire, les organes dans leur position normale reconquise.

Je place la malade sur un plan incliné, le bassin plus élevé que les épaules, les muscles des parois de l'abdomen en relâchement par la position des membres inférieurs fléchis à 45 degrés sur le bassin.

C'est sensiblement aussi un angle de 40 à 45 degrés que fait le tronc de la malade avec le plan horizontal.

Avant de mettre la malade dans le décubitus renversé, on détermine, par la percussion et la palpation, la position des viscères abdominaux et on est étonné de voir avec quelle rapidité se modifie la position de chacun d'eux.

Il y a avantage, pendant que la patiente est dans cette position, à pratiquer le massage de la façon suivante: les deux mains de l'opérateur sont portées vers la colonne vertébrale embrassant les flancs, immédiatement au-dessous des fausses côtes et lentement ramenées vers l'abdomen en pressant modérément les parties latérales du tronc brusquement abandonnées par un glissement sec de dégagement. Ce mouvement doit être pratiqué une dizaine de fois dans le but de secouer les viscères et de favoriser leur glissement vers le diaphragme. Après cela des tapotements sont faits de bas en haut, avec les cinq doigts réunis en marteau, c'est-à-dire du pubis à l'épigastre, afin

de favoriser le glissement et de réveiller la contractilité des organes abdominaux. Puis on reprend les pressions douces sur la face antérieure de l'estomac et les frictions douces circulaires de droite à gauche, c'est-à-dire de la région cœcale à l'S iliaque, en suivant le trajet du côlon.

Les séances doivent être courtes, en général 3 à 10 minutes, afin de ne pas fatiguer les malades. Il faut, autant que possible, faire des séances quotidiennes. Par ce procédé on obtient plus, en une seule séance de massage abdominal, qu'avec dix autres pratiquées sans décubitus renversé. On comprend que, dans cette position inversement inclinée, les organes reprennent leur place, les éléments de suspension se reposent et tendent à regagner leur autonomie sous l'influence de ce repos, en même temps que le massage produit le retour du réflexe stomacal, comme l'a démontré M. Cautru, et celui des autres viscères, en même temps aussi qu'il active la circulation et les sécrétions du système glandulaire et qu'il modifie la qualité de ces sécrétions en les ramenant à leur composition normale.

En résumé : l'entéroptose, la dilatation de l'estomac et l'abaissement de l'utérus sans prolapsus sont des phénomènes morbides qui relèvent d'une cause commune à toutes les ptoses viscérales, l'épuisement nerveux qui produit la diminution du tonus musculaire et l'atténuation de l'élasticité de tous les ligaments suspenseurs des viscères. Le décubitus renversé et le massage abdominal pratiqué dans cette position ramènent, en un temps très court, les viscères à leur situation normale, modifient la dilatation de l'estomac et le chimisme morbide de cet organe. Ils rendent promptement inutiles, dans les cas de moyenne intensité, le port de la ceinture, le régime sévère et l'usage très fréquent des laxatifs.

Dans les autres cas ils rendent utile la ceinture alors qu'elle avait cessé de rendre service, surtout si les malades prennent

la précaution de remettre la ceinture avant de quitter la position renversée et le matin avant de quitter le lit.

L'utérus traité de la sorte, chez des femmes qui n'ont pas encore atteint la ménopause, et dont la viscéroptose est de moyenne intensité, se relève et récupère l'autonomie de ses ligaments suspenseurs, ce qui permet de ne plus porter l'anneau pessaire devenu tout à fait inutile.

II.

De l'emploi d'une nouvelle tige intra-utérine pour faciliter la réduction manuelle des rétro-déviations utérines.

Communication faite au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, à Caen le 13 août 1894,

Par le D[r] Batuaud.

On s'accorde généralement à reconnaître que la réduction *manuelle* des déviations utérines est de beaucoup préférable à la réduction *instrumentale* de ces mêmes déviations. Dans les manœuvres manuelles, en effet, il est facile de graduer exactement la force employée, il est possible de faire porter tout l'effort sur des points non dangereux à traumatiser et surtout on respecte absolument la muqueuse intra-utérine, si souvent infectée et en même temps si délicate. Autre considération d'une importance capitale, dans la réduction par les divers redresseurs (de Sims, d'Emmet, de Trélat, de Vulliet, etc., etc.) non seulement les pressions de redressement s'exercent sur une muqueuse délicate, la muqueuse intra-utérine, mais encore ces pressions sont difficiles à graduer et s'exercent sur une faible surface, ce qui augmente d'autant la gravité du traumatisme. Dans la réduction manuelle, au contraire toutes les pressions s'exercent sur la périphérie de l'utérus et

se répartissent sur de larges surfaces, ce qui rend l'opération exempte de tout danger, à moins de violence inconsidérée. C'est pourquoi on n'a observé de traumatismes graves (et parfois, avec les redresseurs, ces traumatismes ont été jusqu'à entraîner des perforations mortelles) que dans les cas de réduction instrumentale, alors que la réduction manuelle, faite sans violence par un gynécologiste suffisamment exercé à ce genre de traitement, n'a jamais entraîné d'accidents graves ; les contre-indications habituelles ayant été respectées, bien entendu.

En fait, la réduction manuelle, quand elle est possible (et les échecs deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on acquiert une plus grande expérience de ce mode de traitement), est toujours préférable à la réduction instrumentale.

L'emploi des redresseurs n'est permis que dans les rétrodéviations faciles à réduire, sans aucune violence, alors qu'il n'y a pas d'adhérences péri-utérines et alors que les parois de la matrice sont suffisamment épaisses et rigides pour qu'il n'y ait aucune crainte de perforation. Dans tous les cas difficiles et, surtout, dans toutes les déviations adhérentes, avec utérus à parois flasques et amincies en certains points, la réduction manuelle est seule indiquée.

Depuis huit années environ, j'ai eu l'occasion de traiter, pendant mon internat à Saint-Lazare et, depuis lors, dans ma clientèle et à la Clinique du Dr Chéron, un grand nombre de rétrodéviations (rétroversions mobiles et rétroversions adhérentes, rétroflexions mobiles et adhérentes) compliquées ou non de lésions et de prolapsus des annexes, et j'ai pu me rendre compte ainsi de la supériorité manifeste de la réduction manuelle. Cependant, j'ai rencontré un certain nombre de cas dans lesquels l'utérus étant plus ou moins flasque dans sa portion moyenne, très flexible au niveau de l'isthme, j'étais obligé de faire une série de massages pour obtenir le durcisse-

ment de l'organe, avant de pouvoir faire des tentatives efficaces de redressement. Dans ces utérus longs, mollasses et flexibles, les pressions exercées sur la portion accessible du col, même en déprimant fortement les culs-de-sac pour atteindre la région de l'isthme, ne se transmettent pas au corps de l'utérus et ne parviennent qu'à transformer les rétroversions en rétroflexions ou à exaspérer la flexion préexistante ; le corps ne se laisse pas mobiliser, alors même qu'il n'est pour ainsi dire pas adhérent, qu'il est simplement enclavé.

C'est, dans ces cas spéciaux, qui sont loin d'être rares, et pour éviter tout un traitement préparatoire destiné à durcir l'utérus, que j'ai eu l'idée de recourir au durcissement extemporané de l'organe, au moyen de corps étrangers introduits dans la cavité utérine, et, après des essais divers, avec la gaze iodoformée et avec les tiges intra-utérines, c'est à ces dernières que j'ai donné la préférence.

Ce n'est donc pas un nouveau redresseur utérin que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, c'est simplement une nouvelle tige destinée à être placée *provisoirement* dans la cavité utérine dans le but de faciliter la réduction manuelle des rétrodéviations. Par sa présence dans la cavité utérine, cette tige rend l'utérus rigide, tout d'une pièce en quelque sorte, si bien que toutes les manœuvres manuelles portant sur la périphérie du col se transmettent intégralement au corps de l'utérus qui obéit ainsi, sans résistance, aux mouvements de redressement. C'est un procédé rapide et commode de durcir l'utérus extemporanément, ce qui facilite singulièrement la réduction bimanuelle. *La tige, une fois placée, l'opérateur se gardera bien de se servir de son extrémité comme d'un levier, pour soulever et déplacer l'organe, il ne s'en occupera pas plus qu'il ne le ferait d'une bandelette de gaze iodoformée dont il aurait bourré la cavité dans le même but de durcir l'utérus et de faire ainsi des manœuvres de réduction plus efficaces.* J'a-

jouterai que l'emploi de l'appareil que je vous présente offre sur le bourrage à la gaze iodoformée, l'avantage d'être d'une application beaucoup plus simple, plus rapide, puisqu'il ne nécessite ni forte dilatation préalable, ni abaissement forcé du col comme l'exigerait un bourrage assez serré pour remplir le même but.

Cet appareil se compose de deux parties : 1° une tige intra-utérine et 2° une pince spéciale destinée à porter la tige dans l'utérus.

1° La tige intra-utérine, est cylindrique, d'une largeur de six centimètres et d'un diamètre uniforme de 3 millimètres. Cette tige est en cuivre rouge nickelé, de façon à pouvoir être courbé au besoin et elle est terminée par une boule de 1 centimètre de diamètre (1).

2° La pince porte-tige est une pince en acier nickelé, démontable, dont les branches sont maintenues plus ou moins serrées à l'aide d'une crémaillère qui réunit les anneaux et dont les mors, creux et courbés sur le champ, sont disposés de façon à permettre de placer la tige, en embrassant la boule qui la termine, dans toutes les inclinaisons que l'on désire.

L'appareil est ainsi très facile à aseptiser, condition indispensable à l'innocuité de son emploi. Cette asepsie de l'appareil s'obtient par le passage à l'étuve ou simplement par le flambage sur la lampe à alcool suivi de l'immersion dans une solution phéniquée forte.

Il ne reste plus qu'à enrouler, autour de la tige et dans toute sa longueur, une poupée d'ouate hydrophile aseptique qu'on fera aussi grosse que le permet la perméabilité de l'utérus. Cette ouate est imbibée d'une solution concentrée de résorcine, ce qui la rend onctueuse et facile à introduire dans la cavité utérine ; en même temps on met ainsi au contact de

(1) J'ai fait faire une série de tiges de longueur et de diamètre variables pouvant toutes se monter sur la même pince ; celle que je décris plus haut suffit à la grande majorité des cas.

la muqueuse utérine un excellent topique à la fois antiseptique et modificateur de la muqueuse.

La mise en place, dans la cavité utérine, de la tige en question est très facile, même sans dilatation préalable ; jamais l'abaissement forcé du col n'est nécessaire. L'introduction de la tige se fait comme celle de l'hystéromètre, soit sans l'aide du spéculum, en se guidant sur le doigt indicateur placé, au contact de l'orifice externe, sur la lèvre antérieure du col, soit avec l'aide du spéculum, si on le préfère.

Quelque accentuée que soit la rétrodéviation, l'introduction de la tige est rendue facile par la possibilité que l'on a de placer cette tige à angle plus ou moins aigu sur la pince porte-tige. Une fois la tige placée, il ne reste qu'à desserrer la pince et à la retirer et désormais *les manœuvres de réduction vont se faire absolument comme s'il n'y avait rien dans l'utérus,* sans jamais utiliser la boule de la tige comme un levier. L'utérus est, par la seule présence de la tige entourée d'ouate, devenu rigide et tout d'une seule pièce et la réduction manuelle ne rencontre plus de difficultés, non plus que l'allongement progressif des adhérences, s'il en existe.

Je n'ai pas à décrire ici les procédés de réduction bimanuelle ; ils sont nombreux et chacun d'eux présente ses indications particulières, mais je dois dire que j'ai réussi, dès la première séance, dans les rétrodéviations mobiles ou simplement enclavées, en quelques séances, dans les rétrodéviations adhérentes, alors que j'avais fait plusieurs tentatives infructueuses par les méthodes ordinaires. En un mot, l'emploi de la tige intra-utérine tel que je viens de le décrire permet d'arriver, plus sûrement et beaucoup plus rapidement, à la réduction de la rétrodéviation, dans les cas que j'ai spécifiés tout à l'heure.

Cet emploi de la tige est non seulement facile, mais encore sans aucun danger. Une fois la réduction obtenue, si on doit faire des pressions circulaires sur la face postérieure de l'uté-

rus, je recommande de retirer la tige avant de faire cette sorte de massage complémentaire. Rien n'est plus simple que de retirer cette tige en saisissant la boule qui la termine avec les deux doigts placés dans le vagin, alors que la main abdominale maintient le fond de l'utérus au contact du pubis.

Les réductions faites avec l'adjonction de la tige intra-utérine ne sont pas plus douloureuses que les réductions manuelles ordinaires. Elles ne présentent aucun des inconvénients de la réduction instrumentale dont j'ai, plus haut, signalé les dangers.

En résumé : 1° la réduction manuelle des rétrodéviations utérines est la méthode de choix, car elle ne présente pas les dangers de la réduction avec les divers redresseurs utérins.

2° La réduction manuelle est très laborieuse dans certaines rétrodéviations, adhérentes ou non adhérentes, mais dans lesquelles l'utérus, allongé, plus ou moins flasque dans sa partie moyenne, est tellement flexible au niveau de l'isthme que les pressions exercées sur la portion accessible du col ne sont nullement transmises au corps qui reste enclavé et ne bouge pas.

3° Dans les mêmes conditions, si on parvient à durcir extemporanément l'utérus et à le rendre rigide, tout d'une seule pièce en quelque sorte, la réduction manuelle ne présente plus de grandes difficultés.

4° Le durcissement extemporané de l'utérus, qu'on peut obtenir par des procédés divers et notamment par le bourrage de la cavité avec la gaze iodoformée et par l'emploi d'une tige intra-utérine entourée d'ouate est surtout simple et commode par l'emploi de l'appareil que je viens de décrire et dont je viens d'indiquer le manuel opératoire.

5° La réduction manuelle, avec l'adjonction de la tige intra-utérine, en suivant le procédé que j'ai conseillé plus haut, n'est nullement dangereuse ; elle ne présente que les

contre-indications habituelles de la réduction manuelle, c'est-à-dire les états inflammatoires aigus ou subaigus de l'utérus et des annexes et les suppurations pelviennes.

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ LA FEMME

Par les injections intra-vésicales d'acide picrique en solution concentrée,

Par le docteur Jean VIGNERON.

—

INTRODUCTION

L'étude de la blennorrhagie a pris à notre époque une importance toute particulière, depuis qu'on est fixé sur les terribles complications que peut entraîner cette affection négligée. La blennorrhagie chez la femme, particulièrement, est mieux connue dans toutes ses localisations, et l'on sait aujourd'hui qu'il faut lui attribuer nombre d'affections redoutables. Voici comment s'exprime à cet égard M. Verchère, chirurgien de Saint-Lazare, dans un récent ouvrage : « On ne doit plus rire de la blennorrha- « gie, il faut savoir que l'on en meurt, les hommes par le rétré- « cissement et la néphrite, les femmes par la métrite et la salpin- « gite suppurée. Et les femmes qui meurent ainsi ne sont pas des « filles, ne sont pas des prostituées s'étant exposées, par métier, « aux dangers de la profession de fille de joie ; ce sont des jeunes « femmes, nouvelles mariées pour la plupart, des jeunes mères « de famille qui, après leur premier accouchement, voient sur- « venir des crises de douleurs à chaque époque de règle, puis des « flueurs blanches, des métrorrhagies, ne peuvent plus marcher, « gardent bientôt le lit, et, passent sur une chaise longue, quatre « ou cinq ans de leur jeunesse, jusqu'au jour où exténuées, épui- « sées, désespérées, elles ont recours au chirurgien qui, au prix du « sacrifice de l'utérus, des trompes, des ovaires, leur rend une « existence possible, acceptable, en les privant des joies de la ma- « ternité, en en faisant des castrats féminins. » Et tous ces acci-

dents, c'est au mari incomplètement guéri d'une ancienne blennorrhagie qu'il faut généralement en demander compte.

Il est donc d'un intérêt capital de guérir la blennorrhagie et de la guérir radicalement, en évitant ces écoulements chroniques qui s'éternisent et sont particulièrement dangereux.

Cela importe chez l'homme, source de contagion ; mais l'importance est naturellement aussi grande chez la femme dont la blennorrhagie mal soignée au début se généralise, envahit des organes divers où elle se dissimule et où il est souvent difficile de la découvrir, entraînant néanmoins les conséquences les plus funestes, la stérilité chez bon nombre de femmes, l'avortement chez d'autres.

De nos jours, de nombreux médicaments ont été préconisés avec des succès divers pour arriver à cette guérison radicale ; mais c'est surtout l'uréthrite chez l'homme qu'on a eue en vue dans ces recherches.

Nous voulons parler ici d'un mode de traitement peu connu encore, mais cependant employé depuis longtemps par M. le Dr Chéron dans son service à l'infirmerie de Saint-Lazare, contre l'uréthrite blennorrhagique de la femme. Nous nous efforcerons de montrer l'importance trop méconnue autrefois de cette uréthrite, principalement sous sa forme chronique, et après avoir indiqué les divers traitements ordinairement dirigés contre elle, nous tâcherons de montrer les avantages de la méthode préconisée par M. le docteur Chéron.

CHAPITRE PREMIER

DE L'URÉTHRITE FÉMININE. — SA FRÉQUENCE ; SES DANGERS.

Dans l'infection blennorrhagique chez la femme, l'importance de l'uréthrite a été longtemps méconnue. Cette affection, qui revêt le plus souvent la forme chronique, demande en effet à être recherchée attentivement pour être reconnue, et les symptômes beaucoup plus apparents de la vulvite et de la vaginite ont pendant longtemps attiré seuls l'attention des auteurs.

Swediaur, Wibert, Cullerier, Langlebert ont affirmé que l'uré-

thrite était extrêmement rare chez la femme. Gosselin dit que pendant quatre ans d'exercice à Lourcine, il n'a pas rencontré l'uréthrite quatre ou cinq fois par an. Guérin, au début, émet le même avis. Mais des expériences nombreuses et mieux conduites lui font bientôt reconnaître son erreur et il conclut finalement à la fréquence de l'uréthrite. Benjamin Bell, Gibert, Ricord, Berkeley, Chéron, montrent que non seulement l'uréthrite accompagne toujours la vaginite, mais aussi qu'un examen minutieux révèle presque constamment son existence, alors que la vaginite a déjà disparu. Plus récemment, Jullien, Fournier, confirment ces vues. Tardieu, Ricord, Guérin, Langlebert, vont plus loin, attirent l'attention sur le danger de cette uréthrite persistante et montrent qu'elle peut transmettre la blennorrhagie à l'homme ; ils la considèrent comme l'indice le plus certain de la blennorrhagie chez la femme. Cette persistance peut être très longue ; Gosselin dit qu'elle peut durer trois ans et même plus. Durant tout ce temps la femme reste contagieuse. Guérin en rapporte une curieuse observation : « Une femme contracte la blennorrhagie « avec son mari. Après avoir fait ce que son médecin lui prescrivit, « elle se croyait parfaitement guérie, lorsqu'elle devint veuve. « Trois ans après la mort de son mari elle devint amoureuse éper« dument d'un homme marié. Son linge était taché avant et après « ses règles ; mais dans l'intervalle pas le moindre écoulement de « leucorrhée. Malgré son désir de rester vertueuse, un lendemain « de la cessation de ses règles, elle succomba. Quelques jours « après, je reçus la visite de son complice atteint d'une forte blen« norrhagie.

« Je lui affirmai que selon toute probabilité, la femme avec « qui il avait eu des relations avait la chaude-pisse. Le lendemain, « une jeune femme vint me demander de la visiter avec soin ; à « son insistance, je devinai la dame que j'avais accusée la veille. « Elle me parut absolument exempte de lésions. Elle m'avoua la « maladie contractée avec son mari et me dit que sa guérison « avait été constatée par son médecin, et que les pertes blanches « qu'elle avait après ses règles, lui paraissaient la seule explica« tion qu'elle put donner de la maladie de son amant. Cette

« explication ne me paraissant pas suffisante, je procédai à un « nouvel examen. En pressant sur le canal de l'urèthre, à l'aide « d'un doigt introduit dans le vagin, je vis une toute petite gout- « telette de muco-pus à l'entrée d'une des deux glandes placées « au-dessus du méat urinaire. C'était là, évidemment, le reste de « l'ancienne blennorrhagie, mais il y en avait assez pour que la « maladie se transmit. »

L'uréthrite féminine est donc très fréquente et ses dangers sont ceux de toute infection blennorrhagique. Cette nocuité déjà reconnue par la clinique se trouva facilement expliquée après la découverte du gonocoque par Neisser.

Des recherches furent faites sur le pus de la période chronique de la blennorrhagie féminine, et elles furent ici particulièrement fructueuses, car elles en démontrèrent les nombreuses localisations. Jamin, Eraud (de Lyon), Hamonic, montrent que dans tous les cas, on trouve des micro-organismes, alors même que la blennorrhagie remonte à une époque très éloignée et qu'on ne trouve plus qu'une uréthrite légère donnant une goutte blanchâtre par la pression méthodique du canal.

Les recherches de Martineau, Horteloup, Jullien, démontrèrent la présence du gonocoque dans les liquides pathologiques dus à l'infection blennorrhagique : épanchements articulaires, pleuraux, etc... On put ainsi reconnaître la réalité des opinions autrefois défendues par Bernutz et Goupil, au sujet des propagations profondes de la blennorrhagie féminime. Les chirurgiens, dans leurs opérations intra-abdominales, eurent l'occasion de vérifier la nature des suppurations qu'ils découvraient par la laparotomie.

Il est aisé de comprendre maintenant le rôle néfaste de cette uréthrite féminine ; uréthrite le plus souvent chronique d'emblée, indolore, passant par suite inaperçue et n'étant pas traitée. La femme pourra ainsi avec une innocence parfaite transmettre la blennorrhagie à l'homme.

Sous une influence variable cette uréthrite pourra se propager à la vulve, au vagin, aux organes internes et entraîner ainsi les plus graves désordres.

Qu'un accouchement survienne et l'enfant est exposé à l'infec-

tion gonococcienne de ses conjonctives. Les travaux de Krause, Crédé, Zweiffel ont montré toute l'importance de ce dernier mode de contagion.

Ce qui augmente les dangers do cette affection, c'est qu'elle est très rebelle au traitement ; c'est que souvent on a cru à une guérison qui n'existait pas en réalité. Martineau insiste sur cette particularité ; il faut avant de déclarer indemne une femme l'examiner avec soin à plusieurs reprises et en s'entourant de toutes les précautions nécessaires. Tout le monde sait combien les filles du dispensaire sont expertes à tromper le médecin chargé de les examiner sous ce rapport.

Nous allons, dans le chapitre suivant, étudier les différentes formes de l'uréthrite féminine et nous passerons en même temps en revue les médications dirigées contre chacune d'elles.

CHAPITRE II

VARIÉTÉS DE L'URÉTHRITE CHEZ LA FEMME. DES MÉDICATIONS HABITUELLEMENT DIRIGÉES CONTRE ELLES.

L'uréthrite féminime peut être aigüe ou chronique. Disons tout de suite que l'uréthrite chronique est de beaucoup la plus importante. C'est elle surtout que nous avons eue en vue dans le chapitre précédent, et c'est surtout contre elle qu'est dirigé le traitement que nous préconisons.

L'uréthrite aiguë se rencontre surtout chez les jeunes femmes, avant 20 ans, chez celles qui n'ont pas encore eu de nombreux rapports. Elle peut être transmise directement par l'homme atteint de blennorrhagie, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, être la suite d'une blennorrhagie vaginale aiguë ou d'une vulvite aiguë. L'urèthre présente une rougeur vive très intense. Le pus qu'on en fait sourdre est abondant, jaune-verdâtre et sort facilement. La pression de l'urèthre est douloureuse.

Contre cette uréthrite on a employé le traitement balsamique par analogie avec le traitement de l'uréthrite de l'homme ; mais on n'a obtenu que des résultats peu satisfaisants. Le salol a tout au plus l'avantage d'empêcher les inoculations qui pourraient résul-

ter du passage d'une urine septique, sur la vulve par exemple.

Richard, à toutes les périodes de l'uréthrite, donne le bleu de méthylène à l'intérieur, à la dose de 0,50 cent. à 1 gr. et prétend obtenir des résultats très satisfaisants ; en 8 ou 10 jours, l'écoulement est tari et ne reparaît plus. Nous n'insisterons pas sur les autres modes de traitement qui consistent surtout en injections antiseptiques à la résorcine, au chlorure de zinc, au sublimé, etc. Ce traitement, analogue à celui de l'uréthrite de l'homme, est, comme ce dernier, croyons-nous, subordonné à l'hygiène suivie pendant toute la durée de l'affection ; mais il dépend surtout de la marche de la vaginite et de la vulvite, ordinairement causes premières de l'uréthrite aiguë.

L'uréthrite chronique est le mode de terminaison le plus fréquent de l'uréthrite aiguë ; mais très souvent aussi elle s'établit d'emblée, et résulte de l'inoculation d'une blennorrhagie masculine, chronique elle-même et depuis longtemps oubliée.

Cette affection n'est nullement douloureuse, n'entraîne en général aucun signe fonctionnel, mais cependant, peut devenir à son tour pour l'homme une source de contagion, expose la femme à des complications terribles, et est un danger permanent d'ophtalmie pour les nouveau-nés.

Après l'utérus, l'urèthre est le siège le plus fréquent de la blennorrhagie chronique chez la femme. Nous avons montré plus haut comment cette uréthrite avait été longtemps méconnue, et comment on était arrivé par des examens plus minutieux à lui attribuer le rôle important qu'elle possède. Cette uréthrite est de beaucoup plus fréquente que l'uréthrite aiguë. M. Chéron donne le rapport d'un cinquième et encore beaucoup d'auteurs considèrent actuellement ce chiffre comme trop faible.

Cette blennorrhagie uréthrale peut être seule et résulte le plus souvent d'une inoculation directe au moment du coït. Nous avons déjà relevé cette étiologie pour l'uréthrite aiguë ; mais, le plus souvent, c'est une uréthrite chronique d'emblée qui est produite par ce mode de contagion. Elle peut aussi accompagner toute autre manifestation de l'infection, et Jullien émet l'avis que l'uréthrite chronique est, en effet, le plus souvent consécutive à une

vulvite ou à une vaginite chronique. Verchère croit, au contraire, qu'elle est le plus souvent produite par inoculation directe.

Cette uréthrite occupe deux sièges différents qui peuvent être atteints simultanément ou isolément. Elle peut occuper les glandes qui bordent le méat, et elle a été décrite sous le nom de *præuréthrite* par Guérin, de Synéty, et surtout par Martineau et ses élèves, Boutin, Lormand, Hamonic.

Les glandes du méat ont été décrites par Astruc et Lormand. Elles sont situées symétriquement de chaque côté du méat à 3 ou 4 millimètres des bords de l'orifice, sur le trajet d'une ligne horizontale qui le partagerait en deux parties. D'autres fois, on les rencontre sur les parois même de l'orifice uréthral. Leur longueur est variable. Dans quelques cas, on peut faire pénétrer un stylet très fin à une profondeur d'un centimètre ; dans d'autres, on n'arrive qu'à 3 ou 4 millimètres ; quelquefois, il est impossible de pénétrer. Souvent l'orifice de ces glandes est placé au sommet d'une petite crête muqueuse pédiculée, formant une sorte de caroncule bien délimitée. Ces petites saillies sont au nombre de deux, parfois trois. Cette disposition autour de l'orifice uréthral rappelle l'orifice vaginal bordé de ses caroncules myrtiformes. Le volume de ces petites glandes est celui d'une très petite tête d'épingle. Normalement, ces follicules sécrètent un mucus transparent et filant analogue à celui des glandes de Bartholin.

L'*uréthrite præuréthrale* est très rarement aiguë ; cependant elle détermine au niveau de l'orifice glandulaire l'apparition d'une coloration un peu plus vive ; la consistance du follicule est augmentée. En saisissant ce follicule entre deux doigts et en pressant progressivement des culs-de-sac vers l'orifice, on voit apparaître une petite goutte de pus sous la forme d'un point blanc ou blanc jaunâtre, qui est catactéristique de la blennorrhagie prœuréthrale. Lorsque ce pus a été enlevé par un lavage méthodique, il faut parfois plusieurs jours pour qu'il se reproduise. Cette affection ne donne lieu à aucun symptôme, la femme en ignore toujours l'existence et le médecin seul, par un examen attentif, peut la constater. Faisons remarquer, en passant, l'im-

portance que peut avoir pour le médecin légiste l'existence d'une semblable affection.

L'inflammation de ces glandes peut se terminer par la formation d'un petit abcès purulent, et consécutivement d'une fistule péri-uréthrale (Astruc-Lormand). Le seul traitement réellement efficace de cette affection est la destruction du follicule lui-même. Cette destruction se fera, soit par l'excision à l'aide du ciseau, soit par le galvano-cautère.

Nous avons cru utile d'entrer dans quelques détails au sujet de cette blennorrhagie prœuréthrale, parce qu'elle est, en général, mal connue et presque toujours difficile à découvrir. Il importe cependant de ne pas la confondre avec l'uréthrite chronique vraie, car leur traitement est tout différent. Il n'existe qu'un moyen, la destruction, pour la prœuréthrite. Donc, lorsqu'elle aura été méconnue, tous les moyens employés contre l'uréthrite ordinaire échoueront fatalement.

La deuxième forme, que nous appellerons *uréthrite vraie*, a pour siège le canal lui-même. Nous avons vu déjà son étiologie ; mais, un point que nous n'avons pas signalé à dessein, c'est que bien souvent elle sera le résultat d'une réinoculation de l'urèthre par la suppuration des follicules prœuréthraux. Cette uréthrite chronique vraie peut occuper toute la longueur du canal ou seulement la partie antérieure. Cette dernière localisation a été étudiée par Guérin, sous le nom d'*uréthrite externe*. Elle siège dans les lacunes glandulaires, qui occupent la portion antérieure et inférieure de l'urèthre et le pourtour du méat.

Cette région, normalement d'un rose gris, prend une teinte un peu plus rouge, la muqueuse est boursoufflée et irrégulière et vient oblitérer la lumière du méat lorsqu'on étire celui-ci de chaque côté. Il n'existe pas de symptômes subjectifs ; ce n'est qu'une recherche minutieuse qui permettra de constater l'existence d'une petite goutte purulente.

L'*uréthrite totale* est caractérisée par la présence d'une gouttelette purulente facile à obtenir, mais que la femme intéressée sait très bien supprimer momentanément.

Le pus de l'uréthrite antérieure pourra être distingué de celui

ramené des profondeurs de l'urèthre en ce qu'il est beaucoup plus épais. L'uréthrite chronique peut durer indéfiniment ; elle ne porte ordinairement aucun signe révélateur ; mais sous des influences diverses, il peut survenir des phénomènes inflammatoires passagers. Parfois, il se forme de véritables poches purulentes se vidant dans l'urèthre ; ces poches peuvent être assez volumineuses pour former une tumeur saillante sous la paroi antérieure du vagin, saillie étudiée par Duplay, Martineau, Terrillon, sous le nom d'uréthrocèle vaginale. Ces poches purulentes, véritables abcès péri-uréthraux, doivent être traitées chirurgicalement.

La blennorrhagie chronique modifie la muqueuse uréthrale, suivant deux modes principaux, et produit soit *l'uréthrite proliférante*, soit *l'uréthrite fibreuse.*

L'uréthrite proliférante est caractérisée par la production de saillies polypiformes d'un rouge vif ; elles sont plus ou moins pédiculisées, de forme variable, suivant leur nombre ; elles sont parfois en telle quantité, qu'elles se pressent les unes contre les autres, remplissent et dilatent le canal de l'urèthre qui peut atteindre 10 à 15 millimètres de diamètre.

Les symptômes de l'uréthrite proliférante ne présentent aucune particularité, sauf parfois des uréthrorrhagies, peu graves d'ailleurs. Un inconvénient plus sérieux est la production d'une incontinence d'urine entraînée parfois par la dilatation du canal. Le seul traitement rationnel est l'ablation avec la curette.

L'uréthrite fibreuse est caractérisée par un épaississement considérable des parois du canal de l'urèthre. Elle se rencontre dans les vieilles uréthrites chroniques ; elle succède parfois au traitement dirigé contre cette affection. Le méat est béant ; la muqueuse du canal est grisâtre, lisse, ses replis longitudinaux ont disparu et le calibre de l'urèthre semble augmenté. Cet épaississement fibreux n'aboutit jamais au rétrécissement. Verchère signale un cas où il aurait entraîné l'incontinence d'urine.

Les traitements les plus variés ont été dirigés contre l'uréthrite chronique. Tous ont à leur actif des succès. Mais ces succès ne sont pas constants, et surtout ils ne sont pas toujours définitifs.

Bien souvent on a cru à une guérison alors qu'on n'avait fait qu'atténuer l'écoulement, qui pourra reparaître avec une nouvelle intensité sous la plus légère influence. Il faut donc s'entourer des précautions les plus minutieuses, examiner la malade à des moments différents avant d'affirmer la guérison.

Un traitement efficace devra agir profondément ; nous avons vu, en effet, que le pus envahit l'épaisseur de la muqueuse, se cache sous les replis muqueux et dans les culs-de-sac glandulaires. Pour pénétrer jusque-là, il faudra donc une action presque constante des médicaments employés.

Tout le monde reconnaît l'heureuse influence des lavages fréquents avec des solutions antiseptiques. Verchère, après Guyon et Hallé, emploie le sublimé ; il se sert de la solution à 1/1000 faite sans alcool, et portée à la température de 40° ou 45°.

D'autres auteurs ont fait des injections uréthrales avec un liquide très actif. Pour éviter la pénétration du liquide dans la vessie ils se servent de sonde à double courant. On a employé le nitrate d'argent en solution 1/10 ou à 1/20, en ayant soin de neutraliser ensuite l'excès de nitrate au moyen d'une solution de sel marin. D'autres ont eu recours au sulfate de zinc à 1 0/0, au sous-acétate de plomb à 2 0/0, à la résorcine à 4 0/0, etc., etc. Ce qu'il importe de noter, c'est que les auteurs sont tous d'accord sur l'insuffisance de ces moyens. Ils reconnaissent tous qu'il faut joindre même aux injections de sublimé une thérapeutique agissant plus énergiquement sur la muqueuse uréthrale.

Les injections ont en effet le grand inconvénient de ne laisser le liquide en contact avec la muqueuse que pendant un temps très court ; il n'a pas le temps de parcourir tous les points de la muqueuse atteints par l'infection.

Pour répondre à ce reproche, certains auteurs se sont occupés de trouver un corps qui puisse être introduit dans l'urèthre et laissé dans le canal. Martineau emploie des suppositoires uréthraux de deux centimètres de long et contenant six milligrammes de sublimé pour une quantité suffisante de beurre de cacao. Ces suppositoires ont l'inconvénient de sortir de l'urèthre sans que la malade s'en aperçoive et de provoquer d'autres fois des

cuissons assez vives; Verchère rapporte même deux cas de cystite consécutifs à ce traitement. Martineau prétend que sous l'influence de ce traitement l'écoulement cesse au bout d'une dizaine de jours. Verchère met en doute ce brillant résultat.

Pour être sûrs d'atteindre toute l'étendue de la muqueuse, nombre d'auteurs, parmi lesquels Verchère, n'hésitent pas dans des cas spéciaux à pratiquer l'écouvillonnage du canal avec un petit tampon d'ouate hydrophile porté sur une pince. Ce tampon est imbibé de nitrate d'argent à 1/30, soit de chlorure de zinc à 1/20, soit de sublimé à 2/1000. Ce procédé est douloureux et peut provoquer la rétention d'urine.

On peut dans le même but employer le crayon de nitrate d'argent; mais celui-ci détermine des douleurs encore plus vives que le procédé précédent. D'ailleurs, plusieurs cautérisations sont nécessaires pour faire disparaître l'écoulement. La guérison obtenue par ces procédés se fait par transformation en uréthrite fibreuse.

Nous avons déjà dit que dans les cas d'uréthrite proliférante, le meilleur traitement était le curetage avec la curette tranchante. Ce procédé nécessite souvent la dilatation préalable du canal. Dans tous les cas, il est assez douloureux pour que l'on soit obligé d'endormir les malades.

Dans tous ces modes de traitement, la durée est variable; elle peut atteindre deux mois et plus. Elle dépend d'ailleurs de la docilité de la malade, qui bien souvent enlève son pansement avant qu'il ait pu agir. Enfin le succès est encore subordonné au traitement général et surtout à l'hygiène qui sera suivie par la malade. Il sera bon de donner du salol à l'intérieur pour aseptiser l'urine ; comme diurétique on fera prendre du lait, de l'eau de Vichy. Il faudra éviter les excitations sexuelles, proscrire les aliments épicés, les boissons fermentées. Les travaux prolongés, l'équitation, le travail à la machine ne seront autorisés que 15 jours après la guérison bien constatée.

Les moyens sont donc complexes pour obtenir la guérison de l'uréthrite chronique. Mais de l'énumération que nous venons de faire, il ressort ceci, c'est que la plupart de ces moyens n'amè-

nent pas une guérison certaine; on est souvent obligé d'en arriver à des procédés énergiques et douloureux, qui ne sont pas sans entraîner parfois des inconvénients : cystite, rétention, incontinence. Encore n'obtient-on la guérison qu'au prix d'une altération définitive de la muqueuse uréthrale, la formation de l'uréthrite fibreuse.

Le médicament que nous venons proposer sous les auspices de M. le Dr Chéron n'est sans doute pas non plus exempt de reproches.

La durée du traitement est quelquefois un peu longue, puisqu'elle peut dépasser trois semaines ; nos observations ne démontrent pas toutes non plus que nous ayons obtenu une guérison définitive. Quelques filles ont été mises en liberté peu de jours après qu'on a eu constaté la disparition de l'écoulement. Mais à côté de ces cas, nous en rapportons d'autres où il nous a été donné d'observer les femmes un temps bien assez long pour que nous puissions affirmer la guérison définitive de leur uréthrite.

En outre, une expérience déjà longue permet à M. Chéron, qui emploie ce traitement depuis plusieurs années, d'affirmer son excellence. On sait que les filles qui sortent de Saint-Lazare sont ensuite presque toujours soumises à une visite hebdomadaire au dispensaire. Il a donc été facile à M. le Dr Chéron de s'assurer presque chaque fois que les guérisons d'uréthrite qu'il avait constatées, s'étaient maintenues.

Enfin le traitement de M. le Dr Chéron se recommande par d'autres avantages importants : il est d'une simplicité extrême, ne provoque jamais la moindre douleur et est d'une innocuité absolue . Dans les chapitres suivants nous allons étudier les propriétés de l'acide picrique, et nous verrons son application au traitement de l'uréthrite féminine.

(*A suivre.*)

TECHNIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES

de sérum artificiel

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

II

RÉSUMÉ DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES (1).

Sommaire. *Effets locaux.*

Effets généraux.

Les transfusions ne sont pas seulement un moyen d'activer toutes les fonctions de l'économie, mais encore un moyen de régularisation, quand le fonctionnement est troublé.

Effets sur le système nerveux central :

1° Sur le cerveau : *a*) augmentation de la puissance de travail intellectuel; *b*) modification du caractère: sensation de gaîté produite par les transfusions ; *c*) disparition de l'insomnie d'origine nerveuse.

2° Sur le bulbe : *a*) action sur le centre respiratoire, augmentation de la capacité vitale du poumon ; *b*) action sur le centre vaso-moteur, régularisation des circulations locales ; *c*) sur le centre thermique, régularisation de la température.

3° Sur la moelle épinière : augmentation de la puissance musculaire, régularisation des mouvements dans la pseudo-ataxie : *a*) action sur le centre génito-spinal, disparition de certaines variétés d'impuissance; *b*) action sur le centre ano-spinal, cessation de la constipation ; *c*) action sur le centre vésico-spinal, augmentation de la contractilité de la vessie.

Effets sur le système circulatoire : augmentation de la puissance de contraction du cœur, relèvement de la tension artérielle.

Effets sur la composition du sang : rénovation globulaire.

Effets sur le système digestif: augmentation de l'appétit, facilité des digestions malgré la véritable boulimie qu'on observe parfois; diminution de l'obésité quand l'obésité est due à un ralentissement de la nutrition; disparition de la constipation.

Effets sur le système respiratoire.

Effets sur la composition des urines : A. Modifications portant sur la quantité : diurèse. — B. Modifications portant sur la qualité : conservation plus parfaite de l'urine sans fermentation ; absence d'albuminurie, de glycosurie, d'hémoglobinurie. Augmentation du chlore, des chlorures, de l'urée et de l'acide urique prouvant l'accélération des phénomènes de nutrition. — Supériorité du sérum artificiel complet sur les solutions plus simples.

(1) Résumé du chapitre IV de l'Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie.

Effets locaux des transfusions hypodermiques

Si l'on suit bien exactement la technique que nous avons indiquée au précédent chapitre, tant au point de vue de l'instrumentation qu'au point de vue du manuel opératoire et du mode de préparation du sérum, la douleur, au moment même de la transfusion, est à peu près nulle. Même dans les cas de transfusion à dose massive, lorsqu'on introduit, par exemple, 60 et même jusqu'à 120 grammes de sérum dans le tissu cellulaire, les malades ne se plaignent que d'une sensation de tension des tissus sous-cutanés, sensation désagréable plutôt que vraiment douloureuse et qu'on peut réduire à peu près à zéro en faisant l'injection très lentement, d'une façon continue et non par saccades. Il faut au moins dix à quinze minutes pour une transfusion de 60 grammes.

L'injection terminée, si le massage de la région est pratiqué convenablement, avec une grande douceur au début, et s'il est suffisamment prolongé, si on applique enfin une couche de collodion élastique dépassant de quelques centimètres la partie tuméfiée, toute sensation locale disparaît et les malades n'éprouvent aucune gêne, non seulement à marcher, mais aussi à s'asseoir ou à se coucher sur le côté qui a été choisi par le médecin pour faire la piqûre.

Les indurations n'existent que si l'on fait un massage incomplet. Quant aux abcès, depuis que j'emploie des solutions bien préparées et que j'évite la pollution des solutions par les matières grasses du piston, en me servant d'instruments appropriés, je n'en ai pas eu un seul, malgré le nombre déjà considérable de transfusions à haute dose que j'ai pratiquées.

Chose remarquable, les transfusions sous-cutanées de 5 grammes, 10 grammes et 20 grammes, ce qui représente les doses les plus habituelles, peuvent être répétées un grand nombre de fois, chez les mêmes malades, sans se préoccuper de varier le siège de ces transfusions, et cependant il ne se produit presque jamais d'induration locale. Cela se comprend du reste parfaitement, puisque la solution injectée, plus ou moins analogues au sérum de la

lymphe et au sérum du sang, est par conséquent résorbée avec une grande rapidité.

Les effets locaux des transfusions hypodermiques de sérum artificiel peuvent donc être considérés comme à peu près nuls, aussi ne peut-il venir à l'esprit de leur attribuer un rôle dans l'action physiologique ou thérapeutique.

Effets généraux des transfusions hypodermiques

S'il me fallait résumer en une seule phrase les effets des transfusions hypodermiques, je dirais que faire une transfusion hypodermique, c'est augmenter la vitalité de tout l'individu, c'est activer toutes les fonctions de l'économie, c'est élever la puissance d'action de tous les systèmes de l'organisme humain. Chose invraisemblable et pourtant bien facile à vérifier : après l'injection, sous la peau, de quelques centimètres cubes de sérum artificiel, on éprouve une sensation de bien-être, de force, de vitalité plus grande, de gaîté. Cette sensation est d'autant plus agréable que l'équilibre des diverses fonctions n'est nullement troublé, mais bien au contraire, toutes les fonctions sont activées en même temps et au même degré,lorsqu'elles sont également languissantes. Il semble alors, comme me l'ont souvent dit les malades, qu'un sang plus riche circule dans les veines. Si, dans d'autres cas, une des fonctions est surtout amoindrie, la transfusion rétablit l'équilibre, en stimulant tout particulièrement l'organe ou le système organique dont le fonctionnement était le moins actif.

Les transfusions hypodermiques ne sont donc pas seulement un moyen dynamogénique général, elles ont aussi une *action régulatrice* dont il y a lieu de tenir le plus grand compte quand on cherche à expliquer les résultats de ces transfusions.

Effets des transfusions hypodermiques sur le système nerveux central.

Toutes les parties du système nerveux central sont susceptibles de réagir sous l'influence des transfusions hypodermiques.

1° *Cerveau.* — Le cerveau, tout le premier, est très nettement impressionné par ces transfusions.

Sur leur influence, le travail intellectuel est plus facile, les idées sont plus nettes, plus précises, la mémoire des noms, des dates, des chiffres, etc., se montre plus obéissante à l'appel de la volonté, ou peut travailler plus longtemps sans fatigue.

Les idées de tristesse sans motif, qui sont souvent la conséquence d'une vitalité amoindrie et l'effet naturel de la fatigue occasionnée par le moindre effort intellectuel ou physique, disparaissent après quelques transfusions et sont remplacées par un sentiment de force, de bien-être et de gaîté.

La cessation de l'insomnie d'origine nerveuse doit être notée ici, comme preuve que la transfusion n'agit pas toujours sur le cerveau en activant ses fonctions, mais plutôt en régularisant son fonctionnement.

2° *Bulbe.* — Le bulbe rachidien renferme un grand nombre de centres qui sont tous plus ou moins influencés par les transfusions ; nous nous bornerons à citer l'effet de ces dernières sur les centres les plus importants : centre respiratoire, centre vasomoteur, centre thermique.

a) *Action sur le centre respiratoire.* — J'ai souvent expérimenté sur moi-même l'influence des transfusions hypodermiques sur la respiration. A l'état habituel, la quantité d'air que je puis inspirer ou expirer par l'inspiration la plus profonde possible, en un mot la *capacité vitale* de mon poumon, varie de 3.000 à 3.200 centimètres cubes. Dans la journée qui suit une transfusion hypodermique de 5 grammes de sérum artificiel, j'obtiens une capacité vitale de mon poumon qui augmente de 500 à 600 centimètres cubes, c'est-à-dire que je puis faire entrer, dans le poumon, à chaque inspiration forcée, 3.500 à 3.800 centimètres cubes d'air. Le lendemain de la transfusion, les chiffres restent à peu près aussi forts ; vers la fin du 2° jour, ils commencent à baisser légèrement et ils se maintiennent pendant une huitaine de jours, vers 3.300, pour revenir lentement au chiffre primitif. On comprend qu'il n'en puisse être différemment, puisque je possède une capa-

cité vitale du poumon tout à fait normale. Quand, au contraire, par le fait d'une maladie des voies respiratoires, il existe une diminution morbide de la capacité vitale du poumon, l'amélioration obtenue par l'emploi des transfusions hypodermiques persiste après le traitement, pourvu que celui-ci ait été suffisamment prolongé.

b) *Action sur le centre vaso-moteur.* — Comme centre vasomoteur, le bulbe est le vrai régulateur des circulations locales. J'ai eu souvent recours aux transfusions hypodermiques chez ces personnes, dont la circulation périphérique se fait mal, dont la peau est pâle et pour ainsi dire anémiée, qui ne peuvent arriver à se réchauffer et qui se plaignent toujours du froid. Presque toutes ces personnes ont une vitalité amoindrie et leur tension artérielle est surbaissée ; elles sont plus ou moins en état de misère physiologique, alors même que le médecin ne peut constater chez elles aucun état morbide déterminé. Dans ces cas, les transfusions agissent d'une façon remarquable pour régulariser et activer la circulation de la peau, pour mettre fin à cette sensation de refroidissement continu si pénible, en même temps qu'elles élèvent la tension artérielle et donnent une sorte d'impulsion à toutes les fonctions languissantes.

Les congestions mobiles des neurasthéniques sont vraisemblablement dues à l'insuffisance de régularisation du centre vasomoteur bulbaire; l'influence des transfusions sur ces congestions mobiles est des plus heureuses.

c) *Action sur le centre thermique.* — L'état de la nutrition, la rapidité plus ou moins grande des oxydations qui constituent la nutrition cellulaire jouent évidemment le rôle principal dans le maintien de la température du corps humain au chiffre normal. C'est pourquoi la température est abaissée chez les enfants nés avant terme, dans la faiblesse congénitale, dans l'athrepsie, ou, chez les adultes, en cas de misère physiologique. Néanmoins, le rôle du bulbe n'est pas à négliger, puisque c'est lui surtout qui règle les déperditions incessantes de chaleur qui se font à la sur-

face du corps, les exagérant ou les diminuant suivant les besoins. Dans tous les cas que nous venons de citer, il est très remarquable de voir la température monter en peu de jours au chiffre normal, dès que l'on fait une série de transfusions hypodermiques.

Il faut bien admettre que les transfusions ont impressionné directement le centre thermique pour expliquer ce phénomène. Si on répète les transfusions, la nutrition s'améliore, dans les cas curables, et alors, à l'action dynamique primitive vient s'ajouter l'action curative. Ce qu'il importe de noter, dès ce moment, c'est l'excitation du centre thermique sous l'influence des transfusions, lorsque la thermogénèse est troublée. Il faut se hâter de dire, en effet, que toutes les fois que la température est normale au moment de la transfusion, elle n'est nullement modifiée par l'acte thérapeutique.

Dans un grand nombre de cas de pelvi-péritonites aiguës, j'ai vu la fièvre diminuer après les transfusions ; ce qui s'explique encore par la mise en jeu du centre régulateur thermique contenu dans le bulbe rachidien.

3° *Moelle épinière.* — De même que le bulbe rachidien, la moelle est influencée d'une façon très nette par les transfusions hypodermiques.

Ces transfusions augmentent, en effet, la puissance de contraction des muscles des membres, ce qu'il est facile de constater avec le dynamomètre. Elles agissent encore sur le centre régulateur des mouvements musculaires, car, dans certains cas de fausse ataxie locomotrice (1), j'ai vu la guérison se produire après un certain nombre de transfusions.

La moelle contient des centres vaso-moteurs échelonnés dans

(1) Il est peu probable que l'ataxie locomotrice vraie, c'est-à-dire celle qui est sous la dépendance d'une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, soit susceptible de guérison sous l'influence des transfusions hypodermiques de sérum artificiel ; du moins rien ne nous permet de le croire. Je suppose aussi que les cas d'ataxie guéris par les injections de liquide testiculaire étaient des cas de pseudo-tabes analogues à ceux que j'ai vus moi-même guérir à la suite de l'emploi des transfusions hypodermiques.

toute sa hauteur ; ces centres sont mis en action comme le centre vaso-moteur bulbaire ; il n'y a donc pas lieu d'insister sur ce point. Il est en revanche nécessaire de bien connaître l'action des transfusions sur les trois centres génito-spinal, ano-spinal et vésico-spinal.

a) Action sur le centre génito spinal. — C'est surtout dans l'impuissance relative des neurasthéniques que j'ai eu l'occasion d'observer l'effet des transfusions hypodermiques sur le centre génito-spinal.

La plupart des neurasthéniques soumis aux transfusions m'ont déclaré spontanément que le besoin sexuel, perdu depuis un temps plus ou moins long, était revenu au bout d'une dizaine de transfusions hypodermiques, en moyenne. En même temps disparaissait cette mélancolie spéciale qui semble liée à l'impuissance génitale. Tous ceux qui ont été soumis à un traitement suivi ont récupéré intégralement leur puissance génésique en même temps que disparaissaient les autres symptômes de l'épuisement nerveux.

La tendance au sommeil, la fatigue profonde, la lourdeur intellectuelle si fréquentes après le coït chez les neurasthéniques, disparaissent promptement sous l'influence du traitement méthodique par les transfusions (1).

b) Action sur le centre ano-spinal. — La constipation atonique la parésie intestinale, dont souffrent tant de femmes, de personnes âgées ou affaiblies, cèdent habituellement aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les résultats obtenus par nous sont en tous points semblables à ceux que l'on a signalés après emploi du liquide testiculaire.

On peut dire, du reste, que ce n'est pas seulement le sphincter anal, mais tout le système musculaire de l'intestin dont la tonicité est considérablement augmentée.

c) Action sur le centre vésico-spinal. — L'augmentation de con-

(1) Voir ce sujet plus développé dans le chapitre VII (*Neurasthéniques et déprimés*) de mon introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie.

tractilité de la vessie, sous l'influence des transfusions, se révèle par la force plus grande du jet de l'urine : la miction est plus puissante, moins lente, plus complète ; la vessie se vide mieux.

C'est là un symptôme sur lequel les malades appellent volontiers l'attention du médecin. L'un deux qui, depuis huit ou dix ans, urinait lentement, goutte à goutte et ne vidait qu'avec peine le bas-fond de sa vessie, me disait qu'à partir de la cinquième transfusion le jet de son urine était devenu fort et qu'au lieu de baver il percutait les parois du vase, ainsi qu'au temps de sa jeunesse.

Les transfusions hypodermiques peuvent être d'un grand secours aux spécialistes des voies urinaires. Elles déterminent de la polyurie ; elles permettent aux vessies atones de se vider à fond ; elles constituent, par conséquent, une méthode précieuse de lavage du bassinet, de l'uretère et de la vessie.

Effets des transfusions hypodermiques sur le système circulatoire: augmentation de la puissance des contractions du cœur ; relèvement de la tension artificielle.

Il est facile de se rendre compte, par l'auscultation et par la palpation de la pointe du cœur, qu'après une transfusion hypodermique, l'organe central de la circulation se contracte avec plus de régularité ; les bruits du cœur sont mieux frappés, ils sont d'une netteté parfaite et le choc de la pointe est plus intense. C'est surtout lorsque le rythme du cœur est troublé par une course, par l'ascension rapide d'un escalier, etc., que l'on voit, d'une façon évidente, cette action tonique et régulatrice des transfusions sur les contractions cardiaques.

Lorsqu'il existe une faiblesse pathologique du cœur avec dilatation passagère de ses cavités, cette action tonique se fait nette et rapide.

L'action stimulante des transfusions hypodermiques sur le cœur se prouve encore par un autre phénomène, je veux parler de l'élévation de la tension artérielle, toutes les fois que cette

tension est inférieure à la tension physiologique, on pourrait même dire toutes les fois qu'elle n'est pas nettement surélevée avant la transfusion.

Nous parlerons plus longuement de cette question de la tension artérielle dans un paragraphe spécial ; bornons-nous à dire ici que, même chez l'individu ayant une tension normale, la transfusion hypodermique fait monter la pression sanguine de 1 ou 2 centimètres de mercure, mais ce résultat ne se maintient que pendant 24 à 48 heures au maximum.

Effets des transfusions hypodermiques de la composition du sang.

Le sérum artificiel que nous avons choisi comme type ne contient que des sels minéraux qui entrent dans la composition normale du sérum du sang humain et, par conséquent, il ne peut être qu'éminemment conservateur des éléments figurés du sang.

J'avais pris soin, du reste, avant de faire mes premières expériences physiologiques et thérapeutiques, de m'assurer, à l'aide du microscope, que le sérum artificiel ne déforme même pas les globules rouges lorsque vingt parties de sérum sont mélangées avec une partie de sang. A fortiori n'y a-t-il rien de nocif pour les globules, quand la dose maxima de 100 gr. de sérum est mélangée aux 6 ou 7 litres de sang de l'économie. Enfin, dans un très grand nombre de cas, j'ai fait l'analyse microscopique du sang au double point de vue du nombre des globules rouges et de la valeur de ces globules en hémoglobine, avant et après l'emploi de la transfusion. De ces recherches, faites avec soin, je puis conclure que non seulement la transfusion hypodermique de sérum artificiel n'a aucune action nocive sur le sang, lorsque celui-ci a sa constitution normale, mais encore que cette transfusion constitue une ressource thérapeutique de premier ordre dans les diverses variétés d'anémie (1) qu'il m'a été donné d'observer.

(A suivre.)

(1) Pour plus de détails, voir le chapitre VI (*Altérations du sang et transfusions hypodermiques*) de mon *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie.*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet. — Présidence de M. Empis.

DE L'EMPLOI, POUR LES NOURRISSONS, DU LAIT STÉRILISÉ A 100° AU BAIN-MARIE.

M. Budin, en son nom et au nom de M. Chavanne, communique les résultats que leur a donnés à la Charité l'emploi du lait stérilisé à 100° au bain-marie.

Cette communication complète les renseignements fournis précédemment par M. Budin à ce sujet (1892-1893).

Les indications de l'emploi du lait stérilisé sont multiples : ce sont surtout les cas où la mère a peu de lait, les cas d'enfants jumeaux.

On l'emploiera aussi chez ceux qu'une malformation (bec-de-lièvre) empêchera de téter.

En ville, ce mode d'élevage pourra et devra être fréquemment employé dans les cas de syphilis d'un des parents.

On ne doit employer que le lait pur non coupé d'eau ; le lait pur stérilisé n'amène pas de vomissements et détermine un accroissement très rapide de l'enfant. On ne doit couper le lait que si l'enfant est malade.

Le lait stérilisé doit être frais. Jamais on n'utilisera des restes de bouteille. Tout ce qui restera après une tétée doit être rejeté.

M. Tarnier. — Il y aurait bien quelques réserves à faire sur le terme de « lait stérilisé ». C'est du lait porté à 100° ; ce n'est que du lait bouilli en vase clos, mais non stérilisé.

J'ai essayé successivement à l'hôpital le lait de vache pur, coupé d'eau, bouilli à l'air ; en vase clos. J'ai même, en me servant de milieux salins, obtenu une ébullition au-dessus de 100°. Tout ce que j'ai pu constater, c'est que le lait bouilli est mieux digéré que le lait cru.

Rien ne vaut le lait de la nourrice, mais, quand on sera obligé de s'en passer, on recourra au lait bouilli en vase clos.

M. Fournier. — Nous avons obtenu à l'hôpital Saint-Louis d'excellents résultats de l'emploi du lait stérilisé ; mais il y a un autre avantage, c'est que les mères syphilitiques n'hésitent plus à essayer de nourrir leur enfant quand elles savent qu'elles peuvent compléter ou remplacer, le cas échéant, l'alimentation directe par le lait stérilisé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1894.

MÉTRITE ET PROLAPSUS UTÉRIN.

M. Bazy cite deux observations de personnes atteintes de prolapsus complet de l'utérus, chez lesquelles il a fait des opérations anaplastiques, et cela sans succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'une patiente de 34 ans, à laquelle on fit, le 24 juin 1892, un « complet sur mesure », et chez laquelle il n'existait pas de métrite ; elle continue à souffrir. Dans le deuxième, métrite avec cystocèle et rectocèle. Après le « complet », les douleurs sont devenues plus intenses et les pertes blanches ont persisté ; le prolapsus seul a été légèrement amélioré. M. Bazy ne croit pas qu'une bonne occlusion vulvaire soit suffisante pour empêcher la réinoculation de l'utérus : les microbes ne montent pas jusqu'au col ; ils y sont transportés par une voie facile à comprendre.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

10 mai 1894.

DE L'INFECTION DU NOUVEAU-NÉ PAR LE LAIT DE LA MÈRE.

(*Observation recueillie dans le service de M. Budin à la Charité par M. Brindeau.*)

DISCUSSION.

Cette observation peut se rapprocher de la séance précédente, mais l'origine de l'infection, ici, s'est faite par l'intermédiaire du lait de la mère. Voici le fait : N° 181, 19 ans, couturière, primipare, est une femme qui a toujours été bien portante et ne présente aucun antécédent. Elle accouche à la Charité, le 6 mars

1894, d'un enfant qui pesait 2.850 grammes. Rien de particulier à noter dans cet accouchement.

Le 3e jour à cinq heures du soir, frisson, céphalalgie, nausées, température de 38°4; les lochies sont un peu fétides. Injections intra-utérines au sublimé à 1 pour 4.000, qui ramène quelques lambeaux de caduque fétides.

Le lendemain même état, température de 37°4, le matin, de 38°2, le soir. Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 38°5. Un jour même, elle atteint 39°2. Cette infection a duré une huitaine de jours environ. *Pendant ce temps rien à noter du côté des seins.*

L'enfant à la naissance pesait 2.350 grammes. On lui donne 150 gr. de lait stérilisé par jour. Au quatrième jour, il prend le sein de la mère (400 gr. environ).

Jusqu'au huitième jour, rien de particulier; l'enfant augmente de 25 gr. par jour environ. Au huitième jour, il perd brusquement 300 gr. en 3 jours: garde-robes un peu liquides. Il prend alors 800 gr. au sein et 200 gr. de lait stérilisé. Pepsine, bains aromatiques, frictions alcooliques.

Malgré cela, l'enfant diminue toujours, il ne pèse plus que 2.000 au lieu de 2.350 gr. qu'il pesait à la naissance; de plus, son état général devient très grave: atonie complète, facies verdâtre, yeux excavés, nez pincé, température de 35°. M. Budin fait remarquer qu'il a l'air profondément infecté. Cet état dure trois jours.

Au troisième jour, il est absolument mourant; présence de *tourniole*s à deux doigts de la main droite et au pouce de la main gauche. En présence de ces manifestations M. Budin pensa que, malgré l'état si grave, la guérison pourrait peut-être survenir. Il survint alors en effet une légère amélioration qui s'accentua, de telle sorte qu'en cinq ou six jours l'enfant avait repris son poids antérieur et sa santé était redevenue excellente.

Examen du lait des deux seins: Antisepsie de la mamelle. Expression du lait. A l'examen direct, rien.

Ensemencement: Culture pure de staphylocoques dorés.

Examen du pus des tournioles: Antisepsie. Ouverture.

A l'examen direct: staphylocoques.

Ensemencement: Culture pure de staphylocoques dorés.

Nous regrettons de n'avoir pas examiné le sang.

Nous pensons que cette observation présente quelque intérêt. Elle s'ajoute aux expériences faites par Karlinski. Cet auteur a injecté des cultures de staphylocoques à des lapines. Leur lait examiné, contenait ces micro-organismes. De plus, les petits qui avaient tété leur mère sont presque tous morts d'infections à staphylocoques.

Dans notre observation en effet, nous avons cliniquement tous les signes de l'infection de l'enfant par la mère.

Du côté de la mère : Température. Lochies fétides. Etat général.

Du côté du nouveau-né: Diminution de poids. Etat général grave. Présence d'abcès sous-unguéaux. Rétablissement rapide.

Nous avons aussi la preuve bactériologique.

Pathogénie : Infection sanguine au niveau de l'utérus. Passage du staphylocoque à travers le filtre mammaire sans localisation du côté des seins. Infection générale de l'enfant par le lait.

Nous nous demandons s'il n'est pas dangereux de donner le sein à l'enfant quand la mère a de l'infection sans que cependant il y ait des manifestations du côté des seins.

Discussion : M. CHARPENTIER. — Cette observation venue du service de M. Budin est extrêmement intéressante, car elle sort absolument des faits courants et elle est pour nous d'un grand enseignement. Tous nous connaissions des cas d'infection de l'enfant par la mère, mais je n'en connais pas de plus démonstratif. Ce qui fait surtout la particularité de ce fait, c'est la conservation de l'intégrité de l'organe par où s'est faite la transmission infectieuse. C'est ce passage direct du staphylocoque de la mère à l'enfant par le lait.

C'est cette conservation de l'état sain dans la glande mammaire, qui dans ce cas n'a été que la voie, le passage qu'ont suivi les microbes et dont les éléments sont restés indemnes.

D'un autre côté, étant données les conséquences que cela a eu pour l'enfant, il y a là toute une question nouvelle qui se présente : la continuation ou l'interruption de l'allaitement maternel. Je demanderai donc à notre collègue de vouloir bien nous faire part de sa manière d'agir en pareille circonstance.

M. FOURNEL. — Je demanderai à M. Budin s'il a rencontré un certain nombre de faits analogues à l'observation qui vient d'être présentée.

M. Budin. — Je ne pourrai répondre très catégoriquement à mes collègues. D'abord les faits analogues à celui rapporté par M. Brindeau sont-ils fréquents ? Je n'oserai l'affirmer, bien que je ne les croie pas rares. Il existait fréquemment autrefois de l'infection chez les mères et chez les enfants dans les Maternités ; l'infection disparaissant pour les mères, on arrive à mieux préciser les causes de mort des nouveau-nés dans les premières semaines de l'existence. L'observation de MM. Dubrisay et Legry a montré que certains enfants pouvaient s'infecter dans la cavité utérine ; je pense que nous vous en rapporterons bientôt d'autres exemples. Quant à l'infection de l'enfant par sa mère pendant l'allaitement, elle est à redouter. Que faire pour lui dans ces cas, me demande M. Charpentier ? Si l'infection était certaine, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait, momentanément du moins, suspendre l'allaitement par la mère. Mais il n'est pas toujours certain que l'infection surviendra et, en suspendant l'allaitement maternel, on peut faire courir d'autres risques à l'enfant.

Je ne saurais donc préciser, dès maintenant, une conduite à tenir, il faudrait être plus instruit des risques courus, dans chaque cas particulier.

Il y a peu de temps, cependant, je me suis trouvé en présence d'un enfant de dix mois convalescent d'une broncho-pneumonie grave. Sa nourrice avait 39°5, et une angine tonsillaire. Comme le bébé prenait volontiers du lait au verre, je fis suspendre l'allaitement au sein et donner des flacons de lait stérilisé au bain-marie ; vingt-quatre heures après la cessation de la fièvre et de tous les accidents chez la nourrice l'enfant fut remis au sein.

Des recherches nouvelles devront donc être poursuivies expérimentalement et cliniquement : dans le cas de M. Brindeau, l'infection n'était pas douteuse, il en existait tous les symptômes, nous crûmes que l'enfant allait succomber ; j'eus cependant un peu d'espoir, le jour où je vis apparaître des tournioles multiples et considérables : cela ressemblait aux phénomènes critiques décrits chez les femmes pendant les suites de couches, abcès critiques parfois suivis de guérisons inespérées.

M. Charpentier. — Je demande à faire quelques réserves à propos de ce terme d'*abcès critiques* qui a été employé par M. Budin, car la question est loin d'être jugée définitivement, et je crois qu'il faut bien se garder de généraliser.

Certes, dans quelques cas, l'abcès semble être véritablement critique, c'est-à-dire être la dernière manifestation de l'infection, la guérison ne tardant pas à se faire, mais il en est d'autres beaucoup plus nombreux, où la marche fatale de la maladie n'en suit pas moins son cours.

Vous savez qu'on a voulu chercher dans la production artificielle d'abcès, un mode de guérison de l'infection puerpérale, et que l'on a cité quelques cas de succès. Je dis quelques cas, car les insuccès se sont multipliés, et j'ai pour ma part connaissance d'un fait où ce mode de traitement n'a pas empêché la malade de succomber.

Mais il est incontestable qu'il y a des malades chez lesquelles l'infection semble se juger par la formation de ces abcès, et que dans ces cas il semble bien y avoir là une sorte de crise et que le nom d'abcès critique me semble plus justifié.

Permettez-moi à ce propos de vous signaler deux faits qui me sont personnels.

L'un remonte déjà fort loin et a été observé par moi en 1873, pendant mon Clinicat. La malade a présenté successivement de la métropéritonite, des accidents méningitiques avec hémiplégie, des accidents congestifs du côté du poumon, enfin des abcès multiples qui ont été suivis de guérison.

L'autre concerne une jeune femme près de laquelle j'avais été appelé en consultation aux environs de Paris. Elle avait été prise le 8ᵉ jour après ses couches d'accidents infectieux avec élévation de la température. Fétidité des lochies, caractérisées surtout par une sorte de manie aiguë, avec agitation extrême et troubles méningitiques, qui persistèrent pendant près de 3 semaines, au bout desquelles se manifesta un énorme phlegmon de la cuisse, qui fut largement ouvert et sembla être véritablement critique, car à partir de ce moment les accidents cérébraux psychiques disparurent et l'état alla s'améliorant continuellement, jusqu'à guérison complète.

Je suis donc loin, je le répète, de nier absolument les abcès critiques, mais je crois qu'il ne faut pas trop généraliser et réserver ce terme pour certains faits comme ceux que je viens de vous signaler.

De même chez les enfants nouveau-nés, il ne faut pas tomber dans cette exagération qui consisterait à considérer les enfants

comme atteints d'infection toutes les fois qu'ils deviendraient malades, athrepsiques, ou sans aller aussi loin, toutes les fois qu'ils présenteraient autour des ongles, ces petites tournioles qui sont si fréquentes chez les nouveau-nés.

Mais, je le répète, l'observation de M. Budin est extrêmement curieuse et instructive, et il est à désirer que des recherches ultérieures soient pratiquées dans le même sens, car elles pourront nous donner la clef d'un certain nombre de cas de pathologie infantile, dont l'interprétation nous était encore fort difficile.

M. Bonnet. — Je me rappelle avoir constaté chez un enfant élevé au sein, des tournioles à plusieurs doigts et pourtant la mère n'a jamais eu aucun accident puerpéral.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA VAGINOTOMIE POSTÉRIEURE. DE LA VACCINATION FAITE ANTISEPTIQUEMENT,

par M. T. Brennan, M. D., professeur de gynécologie à l'Université Laval, gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame.

I. — De la vaginotomie postérieure. — Quelques mots au sujet des services que cette opération, inoffensive pourrais-je dire, doit rendre à la gynécologie comme moyen diagnostique et comme agent thérapeutique.

Elle consiste dans l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur et du cul-de-sac de Douglass, telle qu'on la pratique au premier temps d'une hystérectomie vaginale ; pour plus de brièveté, appelons-la *vaginotomie postérieure*.

Une fois l'ouverture complétée, l'exploration minutieuse de tout le petit bassin devient facile, le doigt étant l'instrument de recherche ; alors un toucher *délicat*, combiné à l'abaissement de l'utérus et au palper bimanuel, donnera de précieux renseignements ; veut-on plus de secours et de certitude, une sonde molle dans le rectum et une sonde exploratrice dans la vessie aideront à compléter l'examen.

Se décide-t-on à opérer, on agira sur un champ avec lequel on est familier ; on n'ira plus à l'aveugle.

Son peu de danger l'impose comme un moyen de diagnostic dans presque tous les cas de lésions douteuses du bassin, et comme opéra-

tion préliminaire dans un grand nombre d'interventions par le vagin et par l'abdomen.

Ainsi, dans beaucoup de cas douteux de tumeurs, suppurations, inflammations,etc., etc., pourquoi ne pas se renseigner par un moyen aussi facile ? Et pour certaines lésions situées haut dans le rectum, et pour l'exploration de la paroi postérieure de la vessie, et pour celle des uretères, etc., etc.

Comme moyen thérapeutique, pourquoi ne pas l'utiliser plus souvent dans certains cas ? Ainsi dans la *péritonite* et la *pelvi-péritonite*, par le drainage, les irrigations intermittentes ou continues, ne devrait-on pas obtenir certains succès ? Je le crois. Dans la péritonite, un grand tube mou, perforé peut s'introduire très haut et permettre des irrigations et du drainage ; on favorisera ainsi le mouvement péristaltique des intestins, on s'opposera au dépôt de la lymphe et on diminuera l'état inflammatoire.

Dans l'*ascite*, on pourrait obtenir par cette voie un drainage continu plus aseptique et siégeant dans l'endroit le plus déclive.

Cette opération, pratiquée judicieusement dans les cas mentionnés plus haut et dans d'autres semblables, est appelée à être utilisée plus fréquemment et à rendre de grands services. Elle remplacera avantageusement dans bien des circonstances la laparotomie exploratrice ; pour plus de sûreté, elle se joindra souvent à celle-ci. De la sorte, on évitera bien des erreurs et on sauvera bien des vies.

II. — De la vaccination faite antiseptiquement. — Deux idées à propos de vaccination ; d'abord *pratiquons-la antiseptiquement* et, en second lieu, *avec des agents aseptiques*.

De la sorte on verrait, j'en suis certain, disparaître presque en totalité tous les malheureux cas de vaccination ; comme conséquence naturelle, ce précieux préservatif — le vaccin — gagnera la confiance du peuple et l'opposition qu'on lui fait n'existera bientôt plus.

Et pourquoi ne doit-on pas prendre toutes les précautions nécessaires ? Cette inoculation de virus, comme celle de tous les autres, n'exige-t-elle pas d'obtenir l'effet pur et simple du vaccin ? ne faut-il donc pas éloigner soigneusement tous les éléments pathogènes étrangers et être certain d'avoir fait une *vaccination pure* avec un *produit pur* ? Oui, il le faut, la science l'exige, et l'humanité l'exige ! Le sujet doit être mis à l'abri de toute infection étrangère ; c'est son droit de l'exiger du vaccinateur.

Il faut donc prendre les mêmes soins — je dirai plus si possible —

à pratiquer cette petite opération, que si l'on faisait une opération chirurgicale antiseptiquement.

Il est urgent d'abord que le *vaccin* employé *soit pur à tous les points de vue ;* pour le cueillir, exiger des soins de propreté chirurgicale, j'allais dire comme pour une culture bactériologique, et j'aurais bien dit, je crois. Les *pointes* qui reçoivent le virus devront être absolument aseptiques (désinfectées au sublimé, à l'étuve, etc.). Les *tubes* ou petites boîtes, ou autres réceptacles destinés à recevoir les pointes seront stérilisés et renfermeront, au besoin, au fond, un *co ton stérilisé* pour recevoir ces pointes ; on recouvrira celles-ci d'un même coton et on fermera le tube avec des précautions antiseptiques ; on ne devra l'ouvrir qu'en prenant les mêmes précautions. *Les doigts de tous et chacun ne devront pas manipuler les pointes* !

Les *scalpels* ou scarificateurs, etc., devront être flambés à la lampe, avant et après chaque vaccination.

La *surface* sur laquelle on vaccine sera désinfectée au sublimé (1/1000) et asséchée avec du *coton aseptique.*

En râpant l'épiderme avant de scarifier — s'il faut scarifier ! — on enlèvera du foyer d'inoculation bien des agents d'infection.

L'opération terminée, on laisse sécher complètement et on recouvre d'un peu de gaze stérilisée.

Que ceux qui déposent des parcelles de vaccine (de *gale*) sous la peau avec une aiguille ou une lancette prennent encore plus de précautions ou qu'ils abandonnent ce procédé, afin d'éviter érysipèle, gangrène, et pire, quelquefois la mort du sujet vacciné. Quand même ne mourrait-il qu'un seul individu sur des milliers de vaccinés, le vaccinateur n'est-il pas un tant soit peu coupable s'il n'a pris les précautions antiseptiques voulues ? Et la syphilis ? Evitons-la ; on ne connaît jamais, jamais son voisin, ni son ami ; heureux celui qui se connaît lui-même ! Des milliers de bonnes vaccinations saines ne contrebalanceront pas le malheur causé par le virus syphilitique dans l'économie d'un pauvre enfant, infecté par un vaccin syphilitique.

Adoptons donc une vaccination pure, immaculée ! Il faut au vaccinateur pour cela : 1° des pointes aseptiques, conservées antiseptiquement ; 2° une petite lampe à alcool pour stériliser la lancette, etc., 3° une petite fiole de sublimé (1/000) ; 4° un peu de coton absorbant stérilisé ; et 5° une petite quantité de gaze stérilisée, le tout prenant peu de place dans un petit sac propre.

Je termine avec un souhait pour l'avenir, — la vaccination pure faite avec des précautions antiseptiques.

(*Union méd. du Canada.*)

TUMEUR FANTÔME CHEZ UNE JEUNE HYSTÉRIQUE.

(Dr Henri Mineur.)

Jeanne L..., âgée de 14 ans (père 76 ans, mère 62), enfant nerveuse, mais paraissant bien portante pour le reste, réglée depuis un an, se plaignait depuis trois semaines de douleurs vagues siégeant dans le flanc gauche, augmentant par la marche au point qu'elle refusait de quitter le lit. Absence de fièvre, point d'autres symptômes subjectifs. La palpation faisait sentir dans l'abdomen une tumeur mobile douloureuse. Cet examen fut répété à plusieurs reprises avec le même résultat. Pour assurer et compléter le diagnostic, l'enfant est chloroformée le 3 avril et...,, rien ; la tumeur n'existait pas. L'enfant présenta sous le chloroforme différents phénomènes qui ne nous laissèrent aucun doute sur l'état de son système nerveux. Par une sorte de suggestion les douleurs disparurent pendant 3 ou 4 jours, puis elles revinrent de plus belle, passèrent du côté droit, etc., etc. Enfin des attaques de grande hystérie vinrent confirmer le diagnostic.

(*Policlinique de Bruxelles.*)

AFFECTIONS GÉNITALES DE LA FEMME ET LEURS RAPPORTS AVEC LES TROUBLES GASTRIQUES.

Le docteur Max Frank a étudié la physiologie de la digestion et surtout le chimisme chez 15 femmes d'un service gynécologique, qui souffraient en même temps de troubles digestifs. Après un repas d'épreuve d'Ewald, on vidait l'estomac par le procédé « d'expression », on filtrait le contenu obtenu et on l'examinait d'après les procédés habituels.

Il résulte de ces recherches que sur 15 malades 12 avaient l'acide chlorhydrique en quantité normale, 1 en quantité inférieure et 2 supérieure. Le pouvoir digestif était toujours normal ; la force motrice de la musculature (d'après le procédé de Leube) était inférieure à la normale, dans 8 cas sur 11 ; par l'épreuve du salol cette force était sur 6 cas seulement *une fois* suffisante. L'auteur conclut que les troubles sont dus à la « dyspepsie nerveuse ».

(*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, n° 1, 1894.)

VARIÉTÉS

Congrès français de médecine interne, première session, Lyon 1894. — La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicacales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques ; seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et, de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès ; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Pour le comité d'organisation :

Le Président, Gailleton, maire de Lyon, professeur à la Faculté de Médecine. — *Les Vice-présidents*, Mayet et Soulier, professeurs à la Faculté de Médecine. — *Le Secrétaire général*, Bard, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30. — *Le Trésorier*, Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, rue Saint-Dominique, 14. — *Les Secrétaires*, Devic, agrégé, médecin des hôpitaux. — Pic, médecin des hôpitaux. — Collet, interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (Opération de Péan), Étude basée sur les 200 premières observations du Dr Paul Segond, Professeur agrégé, Chirurgien de la Maison municipale de Santé, par le Dr Emile Baudron, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris, avec une préface du Dr Paul Segond, et 38 figures dont 12 hors texte.

Il est peu de questions chirurgicales qui aient soulevé autant de discussions passionnées que l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions annexielles bilatérales. Aussi le livre du Dr Baudron vient-il à point pour fixer définitivement la valeur de cette méthode qui, imaginée par le Dr Péan, a été vulgarisée avec tant de talent et de conviction par le Dr Segond.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie avec détail, dans un deuxième chapitre, le manuel opératoire applicable à l'opération de Péan. Les divers procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen, y sont successivement décrits. Douze figures originales, hors texte, reproduisent avec fidélité les différents temps de l'opération exécutés d'après le procédé de Segond.

Le chapitre III contient l'exposé des résultats immédiats et des résultats éloignés de l'opération de Péan. Ces résultats, comme l'auteur a pris soin de l'indiquer, ont pour base exclusive les 200 premières observations du Dr Segond dont 138 opérées ont été retrouvées après un temps variant de 3 ans 1/2 à 3 mois.

Le chapitre IV est consacré au parallèle de l'opération de Péan avec les diverses interventions appliquées aux lésions des annexes. La plus grosse part est faite à la laparotomie. Ce n'est plus avec des arguments ou des hypothèses, mais avec des faits, que l'auteur démontre la supériorité de la castration utérine sur la castration annexielle.

Le chapitre V, celui des indications et des contre-indications de l'opération de Péan, est la conclusion naturelle des deux chapitres précédents. C'est appuyé d'une part sur la valeur immédiate et définitive de l'opération de Péan, d'autre part sur sa valeur cemparative, que l'auteur conclut à l'indication de l'hystérectomie vaginale dans tous les cas de lésions annexielles bilatérales pour lesquelles la laparotomie est formellement indiquée.

Si l'on ajoute que cet ouvrage est précédé d'une préface du Dr Paul Segond, qu'il contient 28 figures dont 12 hors texte, 200 observations inédites in extenso, une bibliographie complète, on peut affirmer avec le Dr Segond que « le travail de M. Baudron a toutes les qualités d'une étude mûre et complète qu'on peut lire avec l'assurance d'y trouver l'impartial exposé de l'état actuel de la question et tous les documents voulus pour la juger en connaissance de cause ».

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

105. — Du traitement des tœnias chez la femme enceinte. — Il arrive parfois qu'une grossesse se trouve compliquée de la présence d'un ou de plusieurs tœnias dans l'intestin : mieux vaut détruire au plus tôt ce parasite que d'attendre la délivrance de la femme pour l'en débarrasser. Un excellent moyen, inoffensif, rapide et sûr dans son action, est le *Tœnifuge* dont le Dr Duhourcau (de Cauterets) a fait connaître la formule à la Société de Thérapeutique de Paris, dans un travail qu'a résumé le journal des *Nouveaux Remèdes*. — Composé d'une très petite proportion d'extrait vert de fougère mâle des Pyrénées dissous dans un mélange de chloroforme et d'huile de ricin, et mis en douze capsules, le *Tœnifuge Français* se prend facilement, le matin à jeun, sans préparation préalable ni précaution spéciale, avec aussi peu de liquide que possible, et en 10 à 15 minutes. Au bout de deux à trois heures, il agit seul sans fatigue. Il n'y a rien à craindre de son action sur l'utérus gravide, ainsi que l'expérience l'a déjà montré. Il agit généralement sans provoquer de coliques, et se trouve par suite indiqué de préférence chez la femme dont les organes abdominaux exigent des ménagements à cause d'une grossesse, d'une tumeur utérine, ou de toute autre complication dans cette région.



106. — Traitement du cancer utérin. — M. E. Monod, de Bordeaux, vient de publier dans les *Annales de la policlinique de Bordeaux* un très intéressant travail sur la question encore controversée des opérations partielles dans le traitement du cancer du col utérin.

Ces opérations partielles peuvent être faites, dans les cas peu avancés, pour chercher à enlever tout le mal, autrement dit, pour essayer d'être radicales. Elles sont opposables à l'hystérectomie totale, et il va sans dire qu'elles lui seraient préférables s'il était démontré qu'elles donnent des résultats thérapeutiques comparables.

En ce qui concerne ce premier point, M. E. Monod cite deux cas qui semblent montrer, qu'au début du mal tout au moins, l'opération partielle peut être une opération de choix.

Le premier cas est relatif à une femme de 33 ans qui avait des hémorragies, depuis trois mois, lorsque le chirurgien lui trouva une augmentation de volume du col avec des bosselures inégales dont la nature épithéliale fut démontrée par la suite. Comme le col paraissait seul envahi, on fit une ablation intra-vaginale en avant, supra vaginale en arrière. Examinée treize mois après l'opération, la malade n'avait aucune trace de récidive. L'état général, l'appétit, les règles, tout était normal.

Par contre, chez une femme de 36 ans, dans les mêmes conditions, dont le col est également transformé en une masse dure et lobulée, alors que le corps de l'utérus paraît sain, on fait une hystérectomie vaginale qui fut facile et se termina rapidement par la guérison. La malade revient complètement à la santé, mais un mois et demi après la scène change et la récidive se produit.

L'opération partielle faite pour un cancer inopérable, rend par contre et d'une façon incontestable les plus réels services. Elle supprime ou diminue, tout au moins momentanément, l'écoulement fétide si pénible pour les malades et leur entourage ; elle rende du courage aux malheureuses malades, en leur donnant l'illusion qu'elles ne sont pas perdues ; les douleurs, les hémorragies se trouvent diminuées, enfin il semble bien que la survie des malades ainsi opérées est plus considérable que si le mal est abandonné à lui-même.

M. Monod cite à l'appui de son dire une femme opérée partiellement cinq fois en dix ans, et qui à ce moment jouissait d'une santé relativement bonne.

Une seconde, ayant un cancer végétant occupant non seulement le col, mais le corps et ayant envahi le vagin est curettée complètement en février 1893 et le curettage est suivi d'une cautérisation au perchlorure de fer et pansée à la gaze iodoformée. A la suite de ce traitement l'état général redevient bon, l'appétit, les forces reprennent, la malade se croit guérie. Jusqu'en juin la guérison apparente se maintient, à ce moment le bourgeonnement du néoplasme se reproduit et la malade meurt quelques mois après.

Chez une autre malade âgée de 37 ans, le chirurgien est appelé le 24 octobre 1892, dix-sept mois après l'apparition des premières hémorragies. Le cancer utérin occupe tout le vagin et a partiellement

envahi ses parois. On excise la partie saillante du néoplasme, on pratique le curettage de la partie restante et on panse la malade. Les douleurs, les pertes disparaissent d'une façon absolue jusqu'en avril 1893, et l'état général s'améliore sensiblement pendant ce temps. Une nouvelle perte, indice d'une recrudescence du cancer apparaît le 7 avril de cette même année, on ne lui fit rien, et l'état général resta sensiblement stationnaire jusqu'au 15 novembre, époque ou la malade fut perdue de vue.

Nous estimons donc, conclut M. Monod, qu'en cas de cancer utérin, entre l'opération radicale et l'abstention complète, il y a place pour une autre conduite. Si les opérations partielles, comme l'expérience clinique le démontre, procurent aux malades un soulagement incontestable et souvent une survie inespérée, celles-ci sont, non seulement légitimes, mais formellement indiquées.

(*Bull. méd.*)



107. — De la conduite à tenir dans l'asystolie de la grossesse. — De l'influence réciproque de la grossesse et d'une cardiopathie coexistant sur un même sujet, M. Tarnier ne manque jamais de faire remarquer la gravité, dans son enseignement au lit du malade. D'ailleurs, c'est fait clinique bien acquis depuis les travaux de Peter, Duroziez, Budin, Porak, etc., etc.

Il y a des raisons physiologiques et anatomiques pour cela : suractivité de la circulation, augmentation de la masse sanguine à mouvoir, hypertrophie cardiaque habituelle (Larcher, Ducret, Blot) durant la gravidité normale des modifications qualitatives du sang, la compression mécanique de l'aorte par le globe utérin (Tarnier), le refoulement du diaphragme rendant la respiration plus laborieuse, etc., etc. Voilà des conditions favorisantes de l'asystolie.

De plus, chez les cardiopathes en gravidité il y a des symptômes qui témoignent de la gêne circulatoire ; fréquence des métrorrhagies, congestion utérine, accouchement prématuré, avortement à redouter par apoplexie placentaire, albuminurie par lésion cardiaque.

Il y a enfin de la dyspnée qui va s'exagérant, de l'accélération du pouls, des signes d'auscultation et de percussion ; bref un état cardiaque. Au repos, dans les périodes de détente, des signes physiques dénoncent la lésion cardiaque. Mais quand les troubles fonctionnels s'exagèrent, durant l'accès d'asystolie, c'est la dyspnée et la cyanose qui

dominent. Tel est, en court résumé, l'état asystolique d'une cardiopathe en gravidité.

Que faire dans un cas semblable? On hésite : cela s'excuse par la gravité du pronostic ; il faut aller au plus pressé. L'heure viendra de traiter la cardiopathie ; actuellement, c'est à combattre la crise d'asystolie qu'il y a urgence de s'attacher.

Une *saignée*, même peu abondante (250 à 300 grammes), est indiquée. Elle procure une détente immédiate ; le pouls s'abaisse numériquement, les respirations reviennent au type normal. C'est une saignée déplétive.

Mais, si les accidents sont moins menaçants, on peut manœuvrer à revers, et au lieu de s'adresser à l'encombrement vasculaire, renforcer le cœur. C'est l'œuvre de la digitale, de la caféine et de la *médication artérielle.*

Il y a bien aussi, ressources utiles, les ventouses, comme moyen de déplétion locale, l'oxygène contre la dyspnée, etc., etc. Telles sont les ressources d'urgence dont on dispose.

Comme *médication préventive :* le lait ; il faut prévoir le péril des auto-intoxications alimentaires et prévenir par la diurèse celui de l'accumulation des toxines dans le sang.

Ici, une question d'ordre obstétrical ? *Provoquera-t-on l'accouchement quand l'asystolie résiste au traitement et menace ?* M. Tarnier répond affirmativement. L'accouchement à terme offre des dangers de mort ; l'accouchement provoqué en présente sans doute, lui aussi, mais de moindres. Des deux périls, on choisit le moindre. Prévoyant de redoutables éventualités, l'accoucheur avisé ne laisse pas ignorer le risque que l'on court encore, même en intervenant, de voir la parturiente succomber pendant l'acte opératoire.

Enfin, précaution de bon conseil, on déconseillera, en principe, le mariage aux filles en puissance de cardiopathie et la gravidité aux femmes en menace d'asystolie. (*Journal des Praticiens.*)



108. — Traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc. — (Thèse de Lyon, E. Repelin, interne des hôpitaux.) — Le volume et la valeur symptomatique de certains fibromes utérins rétrocèdent souvent d'une façon certaine après la ménopause et par conséquent on est autorisé parfois à em-

ployer un traitement plutôt symptomatique que radical. Il faut se borner à conduire si possible les femmes sans encombre jusqu'à la cessation physiologique des règles, comme on se borne parfois à chercher à conduire sans accident jusqu'à 24 ou 25 ans les jeunes gens atteints de polypes nasopharyngiens.

Il est évident qu'une complication grave peut survenir à la suite de ces applications de crayons caustiques : c'est la sténose ou l'atrésie du col. De là, s'il s'agit de femmes jeunes, l'éventualité de complications dystociques et M. le Professeur agrégé Condamin, dans le *Lyon Médical*, 1893, rapporte l'observation d'une malade chez laquelle le segment inférieur de l'utérus n'avait pu se constituer pendant l'accouchement après traitement d'une métrite hémorrhagique par le crayon au chlorure de zinc, suivant la méthode de Dumontpallier.

D'où nécessité de réserver ce traitement pour les femmes arrivées au moins à un âge voisin de la ménopause, d'en faire une sorte de palliatif et de moyen d'attente. Et aussi de prendre des précautions spéciales pour déposer le caustique non pas dans la cavité cervicale mais bien dans la cavité utérine.

La perforation du rectum n'a jamais été observée.

Les douleurs consécutives à cette petite intervention sont parfois très vives, mais cèdent aisément à l'antipyrine ou à la morphine après vingt-quatre ou quarante-huit heures.

La lecture des observations citées par l'auteur révèle en faveur de la méthode du professeur Laroyenne, des avantages sérieux sur l'électrisation, un succès constant dans les cas cités, et même parfois (Observation XXIII) une diminution manifeste du volume de la tumeur : la diminution de la capacité de la cavité utérine est notée plusieurs fois.

De cette lecture découlent les indications : la méthode préconisée par l'auteur est particulièrement applicable aux malades porteurs de fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels présentant ces seuls symptômes ; hydrorrhée et hémorrhagie, dans deux cas :

1° Femmes ayant dépassé ou approchant l'âge de la ménopause ;

2° Femmes encore jeunes ayant un état général mauvais, affaibli par des pertes abondantes et répétées, arrivées à une cachexie anémique suffisante pour faire rejeter l'idée d'une intervention plus radicale.

En somme, la méthode du professeur Laroyenne a donné à son auteur d'excellents résultats dans des cas où l'intervention radicale ne semblait pas indiquée.

Il faut savoir gré à l'auteur de cette thèse, M. le docteur Repelin, d'avoir avec M. Condamin contribué à faire connaître cette méthode simple et pratique, basée sur une opération anodine, très facile à exécuter, et ne gênant en rien une intervention ultérieure radicale, si celle-ci devient nécessaire.

M. Perriol.

* * *

110. — Traitement de l'éclampsie puerpérale par l'ellébore vert. — Il résulte des observations cliniques faites par M. le Dr R. Davis (de Montevallo), chez nombre d'éclamptiques, que la teinture d'ellébore vert, employée à haute dose en injections hypodermiques, a la faculté d'enrayer rapidement les accès convulsifs. Notre collègue américain injecte en une fois 25 à 30 gouttes de ce médicament.

Dans certains cas, une seule injection serait suffisante pour arrêter l'accès d'éclampsie ; mais fréquemment on est obligé, pour atteindre ce but, de renouveler l'injection une seconde et même une troisième fois, à quelques heures d'intervalle.

L'état nauséeux consécutif aux injections de teinture d'ellébore vert serait en général léger ; parfois il ferait même complètement défaut.

(*Journal d'Accouchements.*)



111. — De l'emploi de la cocaïne pour supprimer la sécrétion lactée. (P. Joire.) — L'on éprouve parfois certaine difficulté à supprimer la sécrétion lactée, soit chez les nourrices après le sevrage, soit chez les femmes qui, après l'accouchement, ne veulent pas nourrir leur enfant. Quand l'allaitement a été pratiqué normalement et qu'on peut le cesser en le diminuant progressivement jusqu'à cessation complète, cet inconvénient ne se présente pas habituellement. La sécrétion lactée diminue elle-même au fur et à mesure que l'enfant la réclame moins souvent et finit par se tarir d'elle-même. Mais il est encore des circonstances assez nombreuses dans lesquelles cette marche normale n'est pas possible.

Dans ces circonstances, il n'est pas rare de voir la sécrétion lactée persister un temps plus ou moins long et résister même à différents moyens employés pour la faire cesser. Il y a alors lieu d'intervenir.

Outre les moyens classiques, dans ces derniers temps l'on a préco-

nisé l'antipyrine, mais, outre les inconvénients propres à ce médicament, il se montre souvent infidèle.

J'ai depuis quelque temps employé un moyen qui m'a toujours bien réussi ; ce moyen étant purement externe et très facile à employer, j'ai toujours vu les malades le préférer au traitement interne et aux tisanes, dont il n'a pas les inconvénients.

L'on avait déjà signalé ce fait, que la cocaïne, employée dans les cas de crevasses douloureuses du mamelon, avait l'inconvénient de diminuer la sécrétion lactée ; c'est ce qui m'a donné l'idée de l'employer d'une façon régulière, dans les cas où l'on veut supprimer complètement cette sécrétion.

J'ai employé pour cela une solution de chlorhydrate de cocaïne à cinq pour cent dans un liquide composé d'eau et de glycérine par parties égales. Cette solution est appliquée avec un pinceau doux cinq à six fois par jour sur les deux mamelons. J'ai eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans des cas assez variés : dans plusieurs cas d'accouchement prématuré, dans des cas de cessation de l'allaitement après quelques jours et après plusieurs mois.

Dans tous les cas, j'ai obtenu la suppression de la sécrétion lactée dans une période qui a varié de deux à six jours.

Jamais je n'ai observé le moindre inconvénient à l'emploi de ce moyen, et, du reste, la surface d'application du médicament est assez peu étendue et assez peu absorbante pour qu'il n'y ait rien à craindre à ce sujet. Par contre, le procédé est très simple et très facile à employer.

L'on peut expliquer de la manière suivante le mécanisme de l'action du médicament. L'érection du mamelon paraît être une des causes principales qui favorise et entretient la sécrétion lactée. En effet, l'on remarque toujours pendant la lactation que toutes les causes directes ou réflexes, capables d'amener l'érection du mamelon, activent la sécrétion. La cocaïne, en produisant l'anesthésie du mamelon, empêche cette érection. En maintenant donc pendant un certain temps le mamelon dans un état d'anesthésie presque permananent, on supprime la cause principale qui active le travail de la glande et l'on suspend ainsi sa fonction au bout d'un temps variable.

(*Bull. méd. Nord*).

***

112.— Traitement chirurgical du vaginisme.—M. Pozzi. — J'ai eu l'occasion d'appliquer récemment chez une malade atteinte de vaginisme dû à l'hypéresthésie et à l'étroitesse de la vulve un procédé opératoire nouveau qui m'a donné un excellent résultat, mais je dois dire que mon intervention ne date que de trois semaines.

Il s'agissait d'une femme mariée depuis huit ans et qui possédait encore un hymen intact. Cette membrane et le seuil de la vulve étaient très sensibles, l'orifice vulvaire fort étroit, et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu vaincre ces obstacles. Je conçus le plan d'une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et déplacer la surface hypéresthésique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment je procédai sous l'anesthésie : Je fis d'abord l'incision de l'hymen avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de Trélat qu'on emploie pour la fissure anale ; ensuite je pratiquai de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix. Elle mettait à nu les fibres du *constrictor cunni* et divisait leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Enfin, je fis la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement ; je donnai ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire ; je réunis alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croisât perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouvât reportée en dehors du point qui occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve : la suture attira la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

On voit que, par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale employé par Lawson Tait dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve que l'on peut graduer à son gré et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place doit réunir l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision primitive.

On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent des sutures précédentes.

Ce procédé me paraît applicable dans tous les cas où le vaginisme est causé par l'hypéresthésie et l'étroitesse de la vulve, mais il est contre-indiqué dans les cas où le vaginisme est l'expression symptomatique d'une autre affection génitale.

(Congrès de Rome.)

***

113. — Traitement de l'herpès vulvaire. — (LUTAUD.) — Aussitôt que le prurit ou la douleur indique la formation d'une plaque d'herpès génital, on peut encore espérer enrayer la poussée ou tout au moins en empêcher l'extension par des applications légèrement caustiques. J'emploie la résorcine ou l'acide phénique associés à la cocaïne et à l'alcool :

I.	Résorcine......................	2 grammes.
	Chlorhydrate de cocaïne.........	1 gramme.
	Alcool à 90°....................	100 grammes.

ou :

Acide phénique................	0 gr. 25 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.........	1 gramme.
Alcool.......................	100 grammes.

Appliquer des compresses imbibées de ces mélanges 3 ou 4 fois par jour et recouvrir de taffetas gommé.

Mais il est rare qu'on puisse *prévenir* l'herpès génital chez la femme, les malades ne venant nous consulter que lorsque l'éruption est dans son plein. Lorsque l'herpès est sec, c'est-à-dire lorsque les pustules ne sont pas encore desséchées, je conseille d'appliquer d'abord une pommade calmante ou un glycérolé :

II.	Borax porphyrisé.................	1 gramme.
	Glycérolé d'amidon..............	10 grammes.
	Teinture de myrrhe...............	X gouttes.

Immédiatement après l'application du topique, saupoudrer avec :

III. Sous-nitrate de bismuth........... 4 grammes.
Calomel......................... 1 gramme.

Lorsque la croûte est tombée, il reste souvent à la place une petite plaie humide qui guérit assez rapidement, mais qui n'en inquiète pas moins les malades qui voient souvent dans l'herpès une maladie vénérienne. J'applique alors une poudre astringente, qu'on jette à profusion sur toute la région vulvaire préalablement lavée avec une solution boriquée (à 2/100) ou phéniquée (à 1/100).

IV. Poudre de lycopode............. 10 grammes.
Tannin.......................} ââ 2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth........}

L'herpès est considéré avec raison comme une maladie à répétition et due à un état général défectueux. On prescrira donc les toniques, les alcalins et surtout la médication sulfureuse thermale (Saint-Honoré, Saint-Gervais, etc.).



114. — Traitement de l'hémorrhagie post-partum. — M. Dakin, discutant les procédés à employer pour arrêter l'hémorrhagie post-partum, rappelle qu'on peut : 1° faire le tamponnement intra-utérin ; 2° injecter une solution saline dans les veines. Notre confrère conseille le traitement suivant. Si le placenta n'a pas été expulsé, il faut tout d'abord l'extraire. Si l'expression utérine ne suffit pas, la main doit être introduite aussi profondément que possible. On décolle le délivre et on l'enlève.

L'hémorragie apparaît après que le placenta a été expulsé. M. Dakin comprime et pétrit l'utérus à travers les parois abdominales, avec les deux mains. Celles-ci sont placées de chaque côté de l'utérus, les doigts regardant le pubis. Puis on passe la main gauche sur la face antérieure de l'utérus qui est comprimé sur le rachis, la main droite est glissée jusqu'au fond de la matrice et on comprime les parois utérines entre les deux mains.

La main qui est à l'intérieur est ensuite placée dans le cul-de-sac postérieur du vagin et le fond de l'utérus est déprimé avec la main qui est à l'extérieur, de sorte que la matrice est comprimée en antéflexion. On procède alors à l'injection d'eau très chaude en poussant la sonde jusqu'au fond de l'utérus et en s'assurant que l'excès de liquide peut s'échapper librement. Si l'utérus ne se contracte pas

après qu'on a injecté trois à quatre litres d'eau chaude, ou s'il se relâche après s'être contracté, on fait le tamponnement intra-utérin.

Si la malade présente des symptômes d'anémie aiguë ou de collapsus, il faut avoir recours à l'injection intra-veineuse de solution saline. Si le collapsus est léger, on peut se contenter d'injecter la solution dans l'intestin.

Le Dr Herman doute que le tamponnement produise la contraction utérine et qu'il n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie. Le traitement de l'hémorrhagie post-partum est plutôt préventif que curatif. Une seule fois sur 15,000 accouchements, le Dr H. Spencer n'a pu arrêter une hémorragie post-partum. Il se contente de vider l'utérus et de faire des injections chaudes. Dans le cas où ces moyens ont été insuffisants, il a réussi avec le tamponnement intra-utérin. Quand l'hémorragie provient d'une déchirure du col, le tamponnement constitue un excellent moyen de traitement, préférable à la suture de la déchirure. — Dr Barret.

(*Journal des Praticiens.*)

***

115. — Le sucre dans le traitement de l'inertie utérine au cours de l'accouchement. — En se basant sur une hypothèse émise par deux médecins italiens, MM. U. Mosso et L. Paoletti, à savoir que l'usage interne du sucre, qui exerce une action excitante à l'égard des muscles volontaires, pourrait avoir aussi pour effet de stimuler le muscle utérin, M. L. Bossi, de Gênes, a eu l'idée d'administrer le sucre dans les cas de faiblesse des contractions utérines survenant pendant le travail. Il a trouvé que cette substance, autant qu'on peut en conclure d'après le petit nombre de faits observés jusqu'ici, paraît être un bon excitant des contractions de l'utérus, tout en étant exempte des inconvénients de l'ergot de seigle et de ses préparations.

Dans onze cas d'inertie utérine au cours de l'accouchement, 30 grammes de sucre dissous dans 250 grammes d'eau ont été administrés aux parturientes et, chez dix d'entre elles, ont produit sur les contractions de l'utérus un effet des plus favorables. Cette action ecbolique du sucre s'est fait sentir au bout de vingt-cinq à quarante-cinq minutes et, dans nombre de cas, s'est prolongée suffisamment pour amener l'expulsion de l'enfant. D'autres fois il a fallu administrer une seconde dose de 30 grammes de sucre une heure après la première, pour terminer l'accouchement.

Les contractions provoquées par l'ingestion du sucre ont toujours présenté une régularité parfaite, et n'ont jamais revêtu de caractère tétanique.

L'accoucheur trouverait donc dans le sucre un moyen thérapeutique précieux, appelé surtout à rendre des services dans la pratique rurale et ne présentant jamais aucun inconvénient.



116. — Rôle de la paroi musculaire de l'abdomen pendant la période de dilatation. Utilité d'un bandage abdominal dans le cas d'éventration (Rivière). — *Conclusions.* — Le rôle de la paroi abdominale n'est pas seulement limité à la période d'expulsion ; il offre à la période de dilatation, une certaine importance ; la sangle musculaire constitue pour l'utérus un plan résistant qui s'oppose à l'exagération de l'antéversion qu'entraînerait sans elle la contraction des ligaments ronds.

Lorsqu'il y a éventration notable, la sangle musculaire ne joue plus son rôle ; l'antéversion utérine est exagérée, le col, fortement repoussé en arrière, ne peut venir se placer dans l'axe de l'excavation et la dilatation se fait mal, lentement, ou ne se fait pas.

Un bandage de corps, suffisamment serré et au besoin une ceinture bien faite, peut avantageusement remplacer la paroi musculaire éventrée et favoriser ainsi d'une façon très sensible la dilatation.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)



117. — De l'action hémostatique et antiseptique de la vapeur d'eau chaude. (*Courrier médical*). — M. le Dr Sneguirew, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou, se sert depuis plusieurs années de la vapeur d'eau à 100° contre certaines hémorrhagies utérines. Après avoir dilaté le col, il introduit dans la matrice une canule reliée à une petite chaudière dans laquelle de l'eau est maintenue en ébullition, puis il laisse agir pendant quelques instants sur la muqueuse utérine les vapeurs qui se dégagent. La douleur serait nulle. L'effet hémostatique s'accompagnerait d'une action antiseptique qui se manifeste, entre autres, par la désodorisation complète d'écoulements auparavant fétides.

On a, dans ces derniers temps, utilisé ce procédé d'hémostase dans

plusieurs opérations importantes, sans avoir besoin de recourir, ni aux ligatures, ni aux pinces hémostatiques, ni à la compression élastique. Il ne provoque aucun trouble général ou local et les plaies guérissent par première intention.

***

118. — Asphyxie des nouveau-nés. Nouveau cas de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue. — Nous devons cette nouvelle et intéressante observation à notre honoré confrère, M. le docteur Grach (de Saint-Mandé), qui a été déjà un des premiers, à appliquer avec succès, les *tractions linguales* à l'asphyxie des nouveau-nés.

« J'ai eu l'occasion nouvelle, nous écrit le docteur Grach, de rappeler à la vie un enfant en état de mort apparente. Voici l'observation résumée :

Multipare, grossesse gémellaire, poche des eaux rompue fortuitetement, liquide amniotique très peu abondant.

Premier enfant, volumineux, se présentant par le siège en S. I. D. A., contractions rares et sans effet.

Application du forceps sur le siège, légère progression, et surtout, réveil des contractions utérines plus fortes et soutenues.

Avant la manœuvre de Mauriceau, l'enfant fait deux inspirations.

L'extraction est faite et il se présente comme *exsangue avec pâleur cadavérique*.

Bien que je n'aie pu réussir, ou incomplètement, avec le tube de Ribemont, à aspirer le liquide engagé dans la trachée avant de faire les *tractions rythmées*, je les ai poursuivies avec persévérance et j'ai pu ramener cet enfant à la vie, à ma grande joie, c'était un garçon ; le 2e une fille, est venue spontanément par la tête.

La mère m'a dit « que cet enfant me devait la vie ; » j'ai pensé que c'était à vous qu'il en fallait faire l'hommage ; c'est fait. Je vous remercie donc pour le nouveau soldat que nous vous devons.

L'accouchement a eu lieu le 19 mai. C'est la sage-femme qui me fit demander, et, pour la 2e fois, elle a assisté au succès des tractions rythmées de la langue. Aussi Mme Dreyfuss va-t-elle se procurer une pince à cadre spéciale (1). »

(1) Voir le *Traitement physiologique de la mort* (Félix Alcan, éditeur,) p. 94.

***

119. — Un moyen de traitement du prurit anal. (*Semaine médicale*, Avril 1894.) — Voici quel serait le moyen le plus efficace pour combattre le prurit anal : on introduit à travers l'anus une mèche de coton, longue d'environ 2 à 4 centimètres, et imbibée d'une solution d'hypochlorite de chaux à 2 pour 100. Cette mèche est laissée en place jusqu'à l'apparition d'une légère sensation de cuison. On la retire ensuite et on lave, avec la même solution, la région anale, qu'on se garde bien d'essuyer.

Le prurit cesserait immédiatement. S'il se produisait, il n'y aurait qu'à répéter la même petite manœuvre. Les applications d'hypochlorite de chaux amèneraient également la disparition de l'eczéma du périnée et du scrotum qu'on observe en pareil cas.

***

120. — Traitement des métrorrhagies abondantes. — (Reinstadier).

Ergotine	10 grammes.
Eau distillée	70 »
Glycérine	10 »
Ac. salicylique	0,20 cent.

Une cuillerée à bouche de cette solution est coupée de 3 cuillerées d'eau ; le tout est ensuite introduit dans le rectum en couchant la malade sur le ventre (*Giorn. di farm. di chim.*)



121. — Traitement de l'éclampsie par la morphine. — Dans une thèse inaugurale inspirée par MM. les docteurs G. Veit, professeur d'obstétrique et de gynécologie, et K. Binz, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Bonn, M. le docteur Kranz, loue les bons effets de la morphine dans l'éclampsie gravidique et puerpérale. Sur 17 cas de cette affection ainsi traités, deux seulement se sont terminés par la mort et encore l'issue fatale doit-elle être attribuée dans ces deux cas, non pas à l'éclampsie elle-même, mais à des complications (rupture de l'utérus et rétrécissement mitral avec néphrite). L'action inhibitoire de la morphine sur les crises convulsives a été prompte et souvent frappante dans les observations de M. Kranz. Chez plusieurs malades les crises ont été définitivement sup-

primées à la suite d'une dose unique de 0 gr. 03 de morphine. Dans les autres cas, la quantité totale de morphine employée a atteint 0 gr. 09 en neuf heures. Chez une malade, on a même administré 0 gr. 095 en l'espace de deux heures vingt-cinq minutes. Sur les 17 enfants 4 sont morts ; chez 2 de ces enfants on a pu établir avec certitude que la mort n'était pas imputable à la morphine.

***

122. — Injection sous-cutanée de sérum artificiel dans une hémorrhagie grave.—A la *Société de Médecine du Nord*, M. Lemoine a communiqué les excellents résultats qu'il a obtenus dans un cas d'hémorrhagie grave par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel. Voici cette observation :

Une femme jeune est prise au cours d'une grossesse d'une abondante hémorrhagie. Les phénomènes généraux étant graves, la pression sanguine très abaissée, M. Lemoine résolut de lui faire une abondante injection d'eau salée. Le liquide qu'il employa était ainsi composé :

Phosphate de soude.............	ãã 8 gr.
Chlorure de sodiun..............	
Eau	1 litre.

On injecte à la malade dans le tissu cellulaire de la fesse, 800 gr. de ce liquide. Trois heures après, le liquide avait presque disparu, la connaissance était revenue, le pouls relevé, la diurèse reprise et la malade guérit.

FORMULAIRE

Traitement de la vaginite, à Saint-Lazare, dans le service du Dr J. Chéron.

Voici le traitement de la vaginite, tel que je l'ai institué dans mon service, à Saint-Lazare.

Pendant la période aiguë, alors que la tuméfaction et la sensibilité sont telles qu'il n'y a pas à songer à introduire un spéculum, je me

contente de faire faire matin et soir une injection vaginale chaude de 8 à 10 gr. de la solution suivante :

Acide picrique..................	1 gramme.
Eau distillée....................	200 grammes.

La solution est portée à la température de 38° à 40° au bain-marie et injectée à l'aide d'une seringue analogue à la seringue de Braun, mais d'une capacité de 10 gr. au minimum.

Ces injections d'acide picrique calment, en quelques jours, les douleurs, réduisent la tuméfaction d'une façon rapide et diminuent très vite les sécrétions purulentes. Ces injections concentrées suffisent, et nous ne conseillons pas de leur adjoindre les grands lavages dont la valeur thérapeutique est, du reste, discutée aujourd'hui.

Dès que l'introduction du spéculum est possible, je fais, tous les deux jours, un bon badigeonnage du col, des culs-de-sac et du vagin lui-même, (après avoir bien essuyé et desséché, avec de l'ouate hydrophile, les parties que je veux badigeonner), non plus avec l'acide picrique, mais avec une solution concentrée de résorcine.

Résorcine.......................	60 grammes.
Eau distillée...	50 grammes.

Aussitôt après le badigeonnage résorciné, on introduit des bandelettes de gaze iodoformée dans le vagin, de façon à bien distendre les culs-de-sac, à bien recouvrir le col utérin, et à séparer les deux faces du vagin dans toute sa longueur.

On renouvelle ce même pansement deux jours après sans faire plus. Je ne fais pas de lavages à cette période, pas plus que dans la période aiguë, mais la malade, il faut bien le dire, ne reste jamais une heure sans pansement ; le premier pansement étant retiré au moment même de faire le second, etc.

Ce n'est que dans les cas rebelles qu'il est nécessaire de faire quelques cautérisations des culs-de-sac du vagin avec de la teinture d'iode pour achever la guérison.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LA FOLIE CONSÉCUTIVE AUX OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES.

Une discussion récente de la *Société belge de Gynécologie* a de nouveau attiré l'attention sur la fréquence relative de la folie consécutive aux opérations gynécologiques. C'est une question encore mal connue et jusqu'ici on n'a fait, à notre connaissance, qu'un nombre restreint de travaux sur ce sujet bien digne pourtant de fixer l'attention des gynécologistes.

Le Dr Baldy (de Philadelphie) (1) communiquait, en 1892, à la *Société américaine de Gynécologie*, deux cas personnels de folie consécutive, l'une à une opération de rectocèle, l'autre à une castration et quinze cas empruntés à divers auteurs. Il terminait son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Des troubles mentaux graves peuvent survenir, à la suite d'opérations, chez des malades ne présentant aucun antécédent héréditaire ou personnel de folie.

2° La folie est bien plus souvent consécutive aux opérations pratiquées sur les organes génitaux qu'aux opérations pratiquées sur les autres parties du corps.

3° La folie est aussi fréquente, dans ces cas, chez l'homme que chez la femme.

4° Les opérations peuvent être accusées d'avoir été la cause

(1) *Medical Age*, 10 août 1892.

déterminante de la folie dans les cas où il n'y avait pas d'antécédents.

5° La folie survenant très longtemps (des mois) après l'opération est sans doute indépendante de l'intervention chirurgicale.

6° La folie peut survenir alors même que les suites opératoires ont été parfaites.

7° L'existence d'une prédisposition aux psychoses devrait arrêter la main du chirurgien, sauf les cas d'urgence absolue.

8° La folie consécutive aux opérations est plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Le Dr WARTON SINKLER (1) croit également à la fréquence de la folie consécutive à la castration tout spécialement. C'est pourquoi, avec Goodell, Kelly, Price et bien d'autres éminents gynécologistes américains, il conseille de ne jamais enlever les annexes pour de simples troubles nerveux. « Il arrive, dit-il, qu'après l'opération, les malades sont plus nerveuses qu'auparavant ; des troubles mentaux de forme variée, la folie, l'épilepsie en sont fréquemment la conséquence. »

Lors de la discussion de la *Société de Chirurgie* (2) sur le traitement des grandes névralgies pelviennes, M. REYNIER a rapporté plusieurs cas de folie survenue chez des neurasthésiques, à la suite d'opérations génitales. A la *Société médicale de l'Elysée* (3), il insistait à nouveau sur le danger qu'il y avait à faire les opérations les plus légères en apparence chez les névropathes et il appuyait de toute sa force les conclusions du mémoire de notre collaborateur, le Dr Batuaud (4), sur le traitement conservateur des grandes névralgies pelviennes.

Nous n'avons plus, avant d'en arriver à la discussion de la

(1) *University medical Magazine* et *The Lancet clinic*, 18 juin 1892.
(2) *Société de Chirurgie de Paris*, séances des 9 et 16 décembre 1892.
(3) *Société médicale de l'Elysée*, séance du 9 janvier 1893.
(4) Séméiologie et traitement des grandes névralgies pelviennes. *Revue des maladies des femmes*, janvier 1893.

Société belge de Gynécologie, qu'à rappeler à nos lecteurs le cas, que nous avons déjà publié dans notre numéro d'octobre 1893, et sur lequel MM. Loumeau et Régis ont fait une communication à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* (séance du 21 juillet 1893). Il s'agit d'un cas de laparotomie faite pour ovaro-salpingite double et rétroflexion irréductible de l'utérus. La malade fut prise, huit jours après l'opération, d'hallucinations et d'idées délirantes et finit par se suicider.

Enfin, nous croyons devoir reproduire *in extenso* l'importante discussion qui suit et que nous empruntons au *Bulletin de la Société belge de gynécologie* (séance du 17 juin 1894) :

Dr Jacobs (Bruxelles). — **Folie post-opératoire.**

« L'intérêt de la thérapeutique opératoire ne réside pas seulement dans la constatation des résultats favorables qu'elle nous donne, mais aussi dans la divulgation des insuccès et des complications que nous observons tant immédiatement que tardivement après l'opération. Ayant pu suivre de près quelques complications mentales survenues après des opérations gynécologiques de gravité différente, je crois intéressant de soulever parmi nous cette question. Elle me semble d'autant plus opportune que j'ai eu le plaisir tout dernièrement de recevoir chez moi le professeur Rohé, de Baltimore, qui s'en est beaucoup occupé et qui m'a confié quelques considérations, que je vous rapporterai tout à l'heure.

I. — Il y a quatre ans environ j'ai été appelé à pratiquer la série des plastiques vaginaux chez une personne de 47 ans qui avait subi quelques années auparavant une hystérectomie vaginale et chez laquelle un prolapsus complet des parois vaginales avec cystocèle et rectocèle s'était produit à la suite d'efforts musculaires. Pas d'antécédents héréditaires chez elle ; la ménopause artificielle produite par la castration utérine ne s'était accompagnée d'aucun phénomène spécial. Rien dans les anamnestiques si ce n'est quelques attaques d'hystérie dans la jeunesse.

Les opérations plastiques furent normalement exécutées. Le réveil chloroformique normal. Le soir même de l'opération, attaque de grande hystérie pendant laquelle la malade parvient à arracher les points de suture. Reproduction immédiate du prolapsus. Cette

attaque, qui dura plusieurs heures, fut suivie d'un état comateux qui se prolongea pendant plusieurs jours et au sortir duquel la malade manifesta un grand désespoir. Des symptômes graves de mélancolie nous obligèrent à la faire admettre dans un asile spécial où elle mourut quelques semaines plus tard.

II. — Dans le courant de 1893 je pratiquai chez une personne de 42 ans, atteinte d'affection utérine chronique avec altérations annexielles anciennes, purulentes, la castration totale par le vagin. Aucun antécédent héréditaire. Elle a présenté quelques symptômes de mélancolie après un accouchement normal. L'opération fut normale dans ses suites immédiates, six mois environ plus tard, apparition des premiers symptômes de mélancolie. Très rapidement déchéance organique et décès. Le Dr Popelin, qui était à cette époque mon assistant, a donné ses soins à cette malade jusqu'à sa mort. L'opération avait été faite sous le chloroforme.

III. — En 1893 je dus, au cours d'une cœliotomie pour affection annexielle unilatérale, avoir recours au tamponnement intra-abdominal du petit bassin pour me rendre maître d'une hémorrhagie en nappe abondante. J'eus recours à la gaze iodoformée. La malade était âgée de 23 ans et n'avait jamais présenté aucun symptôme cérébral particulier. Le soir de l'opération, délire furieux, dont l'intensité ne fit que s'accroître et nous obligea à ligoter les membres de la malade. Absence de fièvre. Vomissements bilieux fréquents. Pensant avoir affaire à un empoisonnement iodoformique, je retirai le tamponnement pelvien. Le délire persista et 24 heures après la malade mourait sans avoir repris connaissance. Le pouls était monté à 140 et la t° n'avait pas dépassé 37°2.

IV. — En novembre 1893 je fis une castration totale par le vagin chez une personne de 32 ans, nullipare, sans antécédents héréditaires, atteinte d'affection annexielle bilatérale ancienne. Tempérament nerveux exagéré, attaques d'hystérie très fréquentes. Opération sous le chloroforme sans incidents. Le soir, attaque d'hystérie avec délire. T° 37°2, pouls fréquent. Les instruments placés dans le vagin ayant subi des chocs nombreux se dérangent et il se produit une hémorrhagie assez abondante. Nous nous en rendons maître par un nouveau pansement. De nombreuses injections sous-cutanées d'eau salée sont faites pendant les 48 heures suivantes, durant

lesquelles le délire continue sans accalmie. Décès le quatrième jour.

V. — Il y a quelques semaines je pratiquai une castration vaginale totale pour suppuration ancienne du bassin chez une personne de 39 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Tempérament nerveux, attaques d'hystérie fréquentes. Opération sous le chloroforme assez laborieuse. Pas d'incidents opératoires. Le soir, délire furieux qui nous force à ligoter les membres de la malade. Pouls 120, t° 37°5. Ce délire furieux, érotique, continue pendant 4 jours avec grande intensité. Impossible de faire ingérer quoi que ce soit à la malade. Le 5ᵉ et 6ᵉ jour accalmie progressive. Aujourd'hui cette malade est en convalescence et n'a aucune souvenance des suites immédiates de l'opération.

VI. — Enfin j'ai remarqué dernièrement chez une personne de 28 ans à qui j'ai fait il y a quelques semaines un curettage avec amputation du col, sous le chloroforme, des symptômes cérébraux particuliers, caractérisés par un besoin involontaire de propulsion. Elle ne sait plus rester chez elle, ne se trouve bien nulle part, ne mange ni ne dort plus. Le bromure potassique que je lui administre depuis quelques jours semble avoir amené une légère amélioration.

Je vous ai signalé dans chacun de ces cas, à dessein, la nature de l'anesthésique employé pendant l'opération. Je tiens également à vous faire remarquer qu'en général dans toutes nos opérations nous n'employons aucune solution antiseptique et que nos pansements sont neutres stérilisés. Enfin, dans chacun de ces cas le thermomètre n'est jamais arrivé à 39° et nous n'avons remarqué aucun symptôme de septicémie post-opératoire.

Si j'insiste sur ces détails, c'est que l'on attribue la majorité des cas de troubles mentaux consécutifs aux opérations pratiquées sur les organes pelviens aux mêmes causes que ceux qui se produisent après les interventions chirurgicales quelconques. Ce sont : le choc opératoire, la sepsie ou l'intoxication par les antiseptiques ou les médicaments que l'on emploie pendant ou après l'opération, enfin l'intoxication par le chloroforme.

Les recherches faites dans cette voie par les Américains tendent à prouver que l'on ne peut attribuer qu'un très petit nombre de cas de troubles mentaux après les opérations sur les organes pel-

viens chez la femme, à l'établissement de la ménopause artificielle. Les prédispositions héréditaires peuvent évidemment être mises en cause, mais encore une fois dans une minime proportion.

Un seul des cas (n° III) que je vous ai rapporté peut sans conteste être attribué à l'intoxication par l'iodoforme. Dans tous les autres j'ai eu à faire à des personnes d'âge différent, chez lesquelles les troubles mentaux se sont manifestés plus ou moins tardivement après l'opération, avec des issues plus généralement fatales. Et ici encore nous devons faire des distinctions. Dans le cas n° V, que j'ai fait examiner par notre confrère De Bœck et par le professeur Rohé, nous avons attribué le délire au choc opératoire. Cette même cause se trouve dans le cas n° IV. La première malade était très affaiblie par la maladie et à tempérament nerveux exagéré. Chez la seconde, hystérique avérée, une hémorrhagie post-opératoire est venue encore accroître la faiblesse. Le choc opératoire peut produire l'explosion d'un délire qui peut passer rapidement chez des personnes affaiblies et anémiées prédisposées à l'exagération des phénomènes nerveux, mais ce n'est pas là de la folie, c'est un délire passager, transitoire. Aussi dans ces cas le pronostic est-il généralement favorable. Tout autre est-il lorsque les symptômes cérébraux apparaissent quelques semaines ou quelques mois après l'opération. L'incurabilité est ici la règle et la mort est généralement rapide. C'est ce que nous avons observé dans le cas n° II. Notre cas VI rentre dans cette catégorie et, malgré le peu d'intensité des phénomènes, le pronostic n'est guère favorable.

J'avais l'intention de vous soumettre simplement ces cas aujourd'hui avec l'espoir que ceux d'entre nous qui en ont observé de semblables ou qui s'occupent d'affections mentales, voudront bien nous apporter le résultat de leurs observations.

Dans un autre ordre d'idées je tiens à vous rapporter brièvement les résultats de la pratique du professeur Rohé. Dans ces dernières années il s'est attaché à rechercher la guérison de la folie par les interventions chirurgicales. Il est d'avis que chez toute folle qui présente des altérations du côté de l'utérus et de ses annexes, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de ses organes. Il a fait l'opération et il a remarqué que jamais celle-ci n'amène d'aggravation dans l'état mental de la malade ; par contre, chez les furieuses, qui généralement à l'époque menstruelle ont un délire plus intense, il est arrivé à obtenir *trente p. c. de guérisons*. Et notez que ces guérisons ne

sont considérées comme telles qu'après 8 à 12 mois d'observation après l'opération. Le professeur m'a cité de nombreuses observations à l'appui de ses dires. Il m'a promis de m'en envoyer le détail aussitôt son retour en Amérique. Je me ferai alors un devoir de vous les faire connaître.

Le but de son voyage était de venir voir pratiquer en France et chez nous les castrations totales par le vagin. Il a remarqué, n'ayant fait que les opérations abdominales avec abandon de l'utérus, que souvent les grandes améliorations consécutives aux ablations annexielles n'étaient que passagères, parce que les patientes continuaient à souffrir d'un utérus malade et douloureux. Il estime, et sous ce rapport je partage absolument ses espérances, que si l'on pratiquait dans ces cas la castration totale, les chances de guérison durable et définitive seraient plus grandes. Je vous donne ces détails à cause de leur importance qui me paraît capitale. L'avenir ne nous réserverait-il pas le moyen d'obtenir la guérison là où jusqu'à ce jour nous sommes restés impuissants ?... Remarquez, Messieurs, le point important de la question. Le professeur Rohé ne songe pas à opérer toutes les folles, mais seulement celles qui ont des altérations pathologiques du côté des organes génitaux.

Je demanderai à M. Boulengier, qui dernièrement a été appelé à pratiquer une ovariotomie dans de semblables conditions le résultat qu'il a obtenu. (*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE
CHEZ LA FEMME

Par les injections intra-vésicales d'acide picrique en solution concentrée,

Par le docteur Jean Vigneron.

(*Suite.*)

CHAPITRE III

Des propriétés de l'acide picrique. Son emploi en thérapeutique.

L'acide picrique a été bien étudié au point de vue thérapeutique dans une thèse récemment soutenue à la Faculté de Paris par le Dr Filleul. Cet acide tire son nom du mot grec πικρος qui signifie *amer*. Il est encore appelé acide carbazotique ou trinitro-

phénique ou phénol trinitrique. Il a pour formule $C^6 H^3 O,(AzO^4)^3$.

On l'obtient par l'action de l'acide nitrique sur un grand nombre de substances telles que l'indigo, la salicine, l'acide phénique, le pétrole, et sur plusieurs substances organiques, la soie, la laine.

Il cristallise sous forme de cristaux provenant de l'octaèdre rhomboïdal, ou sous forme de lamelles rectangulaires allongées. Ces cristaux sont brillants, d'un beau jaune pâle. Il est soluble dans 87 parties d'eau à 15°. La solution est jaune d'or ; elle est plus foncée que les cristaux. L'acide picrique est très soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le pétrole, le chloroforme.

Combiné avec la potasse, il forme un explosif violent. On sait quelle importance a acquis de nos jours cette propriété.

Dans l'industrie, il est employé à la coloration en jaune de la soie et de la laine ; le coton ne peut pas prendre cette teinture. On s'en sert encore pour la falsification des bières, à cause de son amertume et de son bas prix, 4 ou 5 fr. le kilo.

Dans les laboratoires il est employé à la conservation des pièces destinées à l'examen microscopique. Il sert aussi à la décalcification des os qu'il ramollit. Enfin il entre dans la composition du picrocarminate d'ammoniaque, qui est d'un usage constant en histologie.

En thérapeutique, l'acide picrique est très peu répandu. Quelques auteurs l'ont employé comme amer, le substituant à la gentiane, au quassia amara.

Bouchardat le signale comme ayant été employé en qualité de fébrifuge dans l'anémie et l'hypocondrie.

Le Dr Parisel l'a appliqué au traitement de la chlorose à la dose de 0,05 à 0,10 centigrammes.

Sous forme de picrate d'ammoniaque il a été employé comme fébrifuge et tonique. Ossian Henry a proposé le picrate de quinine à la dose de 0,03 milligrammes à 0,01 centigramme comme succédané du sulfate de quinine.

Administré à l'intérieur, l'acide picrique donne aux téguments au bout de quelques jours une teinte jaunâtre, qu'il ne faut pas confondre avec l'ictère.

Comme médicament externe, il fut employé en 1876 par Curie et par Chéron qui remarquèrent son heureuse influence dans les plaies suppurantes. Plus récemment, Cesari l'a employé avec succès contre l'eczéma impétigineux. Il se sert des deux formules suivantes :

1° Acide picrique....... 0,3 à 0,4

dissous dans l'éther et incorporé dans

Lanoline............... 0,9 grammes ;

2° Acide picrique....... 0,5 à 1

dissous dans l'éther et dans

eau 150 grammes.

Les propriétés de l'acide picrique, au point de vue thérapeutique sont des plus intéressantes à connaître. Non seulement il n'est pas douloureux, mais encore il a une action analgésique non douteuse.

Il se conserve facilement, sa composition est très stable, il n'est nullement caustique, présentant sur l'acide phénique, le sublimé, ce grand avantage de ne jamais déterminer de phénomènes d'irritation. C'est un bon antiseptique, et cette action est rendue évidente par l'absence de fermentation des pièces anatomiques journellement conservées dans l'acide picrique.

M. le Dr Thiéry, actuellement chef de clinique de M. le professeur Tillaux, avait remarqué depuis longtemps déjà, pendant ses travaux de laboratoire, l'action bienfaisante de l'acide picrique sur les petites brûlures qui surviennent comme accidents de laboratoire (brûlures par verre en fusion, allumettes). Depuis 1892, le Dr Thiéry emploie ce topique d'une façon systématique dans le service du professeur Tillaux pour le traitement des brûlures superficielles. M. le Dr Filleul, sous son inspiration, a pris récemment ce mode de traitement pour sujet de sa thèse inaugurale.

Dans ce travail le Dr Filleul fait bien ressortir les propriétés antiseptiques et analgésiques de l'acide picrique. Il montre que si l'application du topique est faite de bonne heure la douleur n'apparaît pas; si la douleur existe déjà, elle diminue rapidement, puis disparaît.

Le Dr Filleul insiste sur une autre propriété très importante de

l'acide picrique, sa puissance kératoplastique. La plupart de nos antiseptiques peuvent bien activer le bourgeonnement des plaies, mais ils ne favorisent nullement leur épidermisation.

Voici ce que dit Unna à ce sujet : « La cicatrisation convenable « des plaies cutanées dépend du rapport qui s'établit dans la for« mation des feuillets méso et ectodermiques ; des bourgeons « irréprochables peuvent rester longtemps sans s'épidermiser, ce « qui se voit surtout sous nos pansements antiseptiques... Le « phénol, l'acide salicylique, le sublimé un peu concentrés détrui« sent l'épiderme, empêchent la kératinisation. La kératinisation « se fait malgré les antiseptiques, mais elle n'est nullement favo« risée par eux... La majorité des antiseptiques, sont des oxydants « des ozonides, et en même temps des substances qui activent le « bourgeonnement. Peu de substances réductrices peuvent être « utilisées en médecine ; tel est l'acide pyrogallique, substance « éminemment réductrice et kératoplastique. »

Pour Filleul les propriétés kératoplastiques de l'acide picrique ne le cèdent pas à celles de l'acide pyrogallique. Il a remarqué que dans les brûlures de 2e degré, si l'acide picrique est appliqué de suite avant la formation des phlyctènes, celles-ci n'apparaissent pas. Cet agent fixe les éléments du derme et de l'épiderme de telle sorte que l'épiderme se dessèche et s'accole au derme ; à sa chute la néoformation épidermique est déjà parachevée. Si les phlyctènes sont déjà formées, si elles sont déchirées et infectées, la sérosité épanchée se résorbe ou se concrète, il y a formation de squames croûteuses et la guérison se fait par le procédé de la cicatrisation sans crustacée. La cicatrice ainsi obtenue est peu accusée, elle est souple et peu rétractile.

Filleul ne relate dans sa thèse aucun cas d'intoxication ; cependant, il a appliqué son traitement à des brûlures superficielles parfois très étendues. Nous avons vu que les auteurs signalent seulement une coloration jaune de la peau survenue après l'administration du médicament à l'intérieur.

Le seul reproche que fasse Filleul à l'acide picrique, c'est de colorer en jaune persistant et tenace les téguments du malade voisins de la brûlure, et les mains du chirurgien.

Donc, outre l'absence pour ainsi dire complète d'inconvénients, Filleul reconnaît à l'acide picrique, trois qualités essentielles qui selon lui doivent en faire le topique de choix pour le traitement des brûlures superficielles : il est à la fois *antiseptique*, *analgésique* et *kératoplastique*.

CHAPITRE IV

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE PICRIQUE DANS LE TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE FÉMININE.

Le docteur Chéron avait déjà étudié l'acide picrique en 1876, et avait reconnu ses propriétés antiseptiques et analgésiques à la fois. Frappé des inconvénients qu'offrent la plupart des médicaments usités dans le traitement des différentes localisations de la blennorrhagie, il eut l'idée d'employer l'acide picrique qui, aux propriétés microbicides des injections ordinaires, joint l'avantage immense de ne provoquer aucune douleur.

Le docteur Chéron a employé ce traitement avec succès contre la blennorrhagie de l'homme, tout aussi bien que contre celle de la femme. Il a reconnu ses bons effets également dans les cas de vaginite, de bartholinite. Nous ne voulons étudier ici que le traitement de l'uréthrite féminine. Nous avons montré dans la première partie de ce travail combien cette affection est importante et combien elle est tenace. Elle mérite d'être étudiée séparément.

Mais le docteur Chéron emploie la solution saturée d'acide picrique. On l'obtient facilement en ajoutant à de l'eau bouillante une certaine quantité d'acide picrique en paillettes ; on sépare l'excès par décantation. On a ainsi une solution d'un beau jaune doré que l'on peut laisser refroidir dans un vase obturé d'ouate ; la solution est de la sorte parfaitement aseptique.

Cette solution n'est nullement toxique en raison du peu de solubilité de l'acide picrique dans l'eau; elle présente, en outre, l'avantage d'être très stable.

Nous avons vu que dans les injections intra-uréthrales, de sublimé, de nitrate d'argent, etc., une des principales indications,

est d'éviter la pénétration du liquide dans la vessie. Cette pénétration est souvent suivie, en effet, de phénomènes de cystite. Ici rien de semblable à craindre, l'acide picrique ne provoquera aucune douleur, il n'irritera pas la vessie, vu son absence complète de causticité. Aussi M. Chéron a-t-il eu l'idée d'introduire l'acide picrique directement dans la vessie. De cette façon, l'urine contenue dans la vessie se trouve modifiée, et l'action du médicament se fera sentir dans tout le canal de l'urèthre chaque fois qu'il y aura une miction. M. le docteur Chéron recommande en conséquence à ses malades d'uriner le plus souvent possible.

Le manuel opératoire employé par M. Chéron est des plus simples.

Il se sert d'une seringue analogue à la seringue à instillation de M. Guyon, et d'une contenance de 10 centimètres cubes. A cette seringue s'adapte une sonde métallique, longue de 15 à 20 cent., dont la grosseur correspond au n° 16 de la filière Charrière, présentant à son extrémité une légère courbure, analogue de forme, en un mot, à une sonde de femme.

Après avoir préalablement fait la toilette de la vulve, il fait un lavage intra-uréthral avec une solution boriquée, on introduit dans le canal de l'urèthre la sonde qui est fixée à la seringue, de la même façon que si l'on procédait à un cathétérisme ordinaire. Une fois qu'on est dans la vessie, on pousse doucement tout le contenu de la seringue dans la vessie et l'on retire l'instrument.

Cette injection est répétée tous les deux jours.

Le temps nous a manqué pour faire des recherches sur les modifications chimiques que subit l'urine contenue dans la vessie après une injection intra-vésicale d'acide picrique. Il eût été aussi intéressant de savoir combien de temps durent ces modifications, et de faire des recherches bactériologiques sur l'action microbicide de cette urine dans les écoulements de l'urèthre. Ce sont des points, nous le répétons, très importants à étudier, mais que nous ne pouvons qu'indiquer ici pour des recherches ultérieures.

Nous plaçant uniquement au point de vue clinique, il résulte

de nos observations que l'influence de l'acide picrique est des plus nettes.

Point n'est besoin ici de multiplier les lavages uréthraux comme avec les solutions de sublimé, résorcine, etc. Chaque miction constituera une sorte d'injection d'arrière en avant, où l'urine modifiée par l'acide picrique remplacera avec avantage les solutions antiseptiques.

Nos observations montrent, en effet, que dès la première ou au plus après la deuxième injection intra-vésicale, l'écoulement uréthral est notablement diminué ; il devient moins purulent en même temps que moins abondant.

Il est difficile, d'après nos observations, d'établir une moyenne de la durée de notre traitement. Certaines uréthrites cèdent au bout de 10 jours ; d'autres durent 3 semaines, parfois plus. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, que l'on puisse demander à aucun médicament de guérir une uréthrite en un temps donné. Il faut, en effet, en dehors du médicament tenir un large compte du tempérament de la malade, de l'hygiène qu'elle suit et aussi de la forme d'uréthrite qu'elle présente.

Nous ne relatons pas d'observation où l'uréthrite aurait résisté pendant un mois entier à notre traitement ; dans le plus grand nombre la guérison survient au bout de 10 à 12 jours. C'est là un succès suffisant pour montrer l'excellence de notre méthode.

Nous avons, en outre, obtenu la guérison d'uréthrites rebelles aux autres traitements. L'observation VI nous montre le cas d'une femme soignée sans succès pendant un mois et demi par des injections de sublimé, et guérie au bout de 20 jours par le traitement à l'acide picrique.

Dans l'observation XI nous trouvons un cas très intéressant ; la malade garde pendant 8 mois une uréthrite chronique rebelle. Dans l'intervalle elle est atteinte d'une pelvi-péritonite, à laquelle la blennorrhée n'est pas étrangère. La malade a été guérie après 10 jours du traitement à l'acide picrique.

Le succès de l'acide picrique est le même dans l'urétrite aiguë. L'observation XII nous montre une uréthrite aiguë guérie après

10 jours de traitement. Dans l'observation XIII la guérison ne survient qu'au bout de 20 jours.

Ces guérisons sont-elles définitives ? Nous ne pouvons l'affirmer pour toutes. Cependant dans plusieurs de nos observations, nous avons pu constater par des examens nombreux que la guérison s'était maintenue. Dans l'observation XIII, par exemple, nous voyons qu'au bout de 5 mois, il n'a pas reparu la moindre trace d'écoulement.

Nous ferons remarquer que nous ne signalons jamais dans nos observations la moindre douleur ou la moindre complication produite par notre traitement.

Nous avons déjà, en effet, indiqué l'innocuité parfaite de l'acide picrique.

Nos injections ne sont répétées que tous les deux jours. Etant donné les succès obtenus ainsi, nous ne croyons pas utile d'augmenter leur fréquence. L'intervention du médecin n'est donc nécessaire qu'à intervalles assez éloignés.

En somme, nous croyons notre médication recommandable parce qu'elle amène la *guérison définitive* de l'uréthrite d'une façon plus rapide et plus certaine, que les médications jusque-là employées. Elle est complètement indolore et n'a jamais provoqué les accidents reprochés aux autres méthodes. Elle est d'une application très simple, et diminue la fréquence des interventions du médecin.

Nos observations ont toutes été prises dans le service de M. le docteur Chéron, à l'infirmerie de Saint-Lazare.

Nous avons noté surtout ce qui a trait à la marche de l'uréthrite. Si ces observations paraissent parfois incomplètes, il faut savoir qu'avec ce genre de malades il est le plus souvent impossible d'avoir des renseignements sur les antécédents et les commémoratifs soit vénériens, soit même généraux.

(A suivre.)

TECHNIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES
de sérum artificiel

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

Effets des transfusions hypodermiques sur le système digestif.

L'augmentation de l'appétit est un fait constant à la suite des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

J'ai vu des malades dont l'appétit était médiocre, capricieux, accuser, dès le début de l'emploi des transfusions, un appétit très vif et régulier. Ce phénomène est tellement constant que, dans mon service de Saint-Lazare, j'ai été conduit, par les demandes des malades, à donner régulièrement un supplément de nourriture à celles qui étaient soumises aux transfusions et, malgré cela, j'ai entendu dire que quelques-unes d'entre elles, ne pouvant se contenter de ce supplément que je leur accordais, achetaient du pain à leurs compagnes moins affamées. Dans ma clientèle, j'ai constaté souvent cette même augmentation de l'appétit qui étonnait beaucoup les malades et leur entourage. J'ai vu ainsi des personnes qui, auparavant, prenaient péniblement une faible quantité d'aliments, se mettre tout à coup à doubler la quantité de nourriture prise à chaque repas. Il en est même qui m'ont dit être obligées de faire des repas supplémentaires et de souper par exemple le soir en se couchant, alors qu'elles avaient fait largement honneur au dîner qu'on leur avait servi quelques heures auparavant.

Cette exagération de l'appétit est surtout remarquable chez les malades convalescents d'une maladie longue et sérieuse, ayant porté une atteinte grave à la santé.

Aussi les forces reviennent-elles très vite, dans ces conditions, et le poids du corps ne tarde-t-il pas à augmenter. C'est que non seulement l'appétit est excité et par conséquent une quantité

plus grande de nourriture est absorbée chaque jour, mais encore, ce qui m'a souvent étonné moi-même dans les cas de véritable boulimie que j'ai observés, cette quantité anormale d'aliments est admirablement digérée, sans pesanteur à l'estomac, après les repas, sans gêne d'aucune sorte. On comprend que, dans ces conditions, l'embonpoint et l'augmentation de poids ne peuvent tarder à se montrer.

Il y a cependant une limite à l'augmentation du poids du corps, qui est surtout sensible et rapide, ainsi que je le disais tout à l'heure, chez les personnes plus ou moins amaigries et émaciées par la maladie; il arrive bientôt une période stationnaire, pendant laquelle l'assimilation et la désassimilation se font équilibre, alors que la santé est devenue parfaite.

Ce qui prouve bien du reste que les transfusions hypodermiques agissent surtout en régularisant les fonctions d'assimilation et de désassimilation, c'est que j'ai vu nombre de personnes devenues obèses, par suite d'une nutrition ralentie et d'une utilisation incomplète des matières grasses et des hydrocarbures perdre au contraire de leur poids et maigrir après un certain nombre de transfusions. La disparition de l'obésité, dans ces cas, était l'indice d'une assimilation plus complète et coïncidait avec le retour à la santé.

Il n'y a, dans cette double assertion, rien de contradictoire ; l'examen des modifications qui se produisent dans la composition des urines, par l'effet des transfusions de sérum artificiel, démontre, en effet, comme nous le verrons bientôt, que ces transfusions activent au plus haut degré les fonctions de nutrition et régularisent les échanges nutritifs de la façon la plus remarquable.

Effets des transfusions hypodermiques sur le système respiratoire.

Nous connaissons déjà l'action des transfusions hypodermiques sur le centre respiratoire et l'augmentation de la capacité vitale du poumon qui en est la conséquence. Ce qu'il importe de

faire remarquer maintenant, c'est que l'hématose, c'est-à-dire la transformation du sang veineux en sang artériel, se fait d'autant mieux qu'une plus grande quantité d'air pénètre, à chaque inspiration, dans les vésicules pulmonaires.

Et il est bon de rapprocher ce fait de celui que nous avons déjà énoncé, à savoir que les transfusions augmentent le nombre des globules rouges et augmentent aussi la richesse de ces globules en hémoglobine, si bien que le sang se trouve ainsi capable de fixer une quantité d'oxygène beaucoup plus grande pendant qu'il traverse le poumon. Il devient dès lors facile de comprendre comment les transfusions hypodermiques activent tous les phénomènes d'oxydation qui se passent dans l'intimité des tissus, comment elles exagèrent les phénomènes de nutrition cellulaire. La preuve nous est fournie par les modifications des urines qu'il nous reste à étudier.

Effets des transfusions hypodermiques sur la composition des urines.

Les modifications produites du côté des urines par les transfusions hypodermiques sont relatées : *a*) à la quantité, *b*) à la qualité de ce liquide excrémentitiel.

A. *Modifications portant sur la quantité des urines.*

Tout d'abord, comme phénomène constant, et cela quelle que soit la composition du sérum artificiel transfusé sous la peau, pourvu que la dose injectée soit suffisante pour provoquer la stimulation du système nerveux central, nous voyons se produire une *diurèse* qui élève la quantité de l'urine excrétée en 24 heures, à 1,800 grammes, 2,000 grammes et même davantage. Cette augmentation de la quantité des urines émises en un jour est considérable, si l'on songe que les expériences dont je parle ont été faites exclusivement sur des femmes, chez lesquelles, comme on le sait, la quantité d'urine excrétée par 24 heures est normalement de 1,100 à 1,200 grammes.

Il n'y a dans ce fait rien qui soit de nature à nous surprendre,

et, du moment où il n'existe pas de lésion rénale, il nous est permis de considérer l'augmentation de la quantité d'urine comme un phénomène corrélatif de l'élévation de la tension artérielle consécutive à toute transfusion hypodermique.

B. *Modifications portant sur la qualité des urines.*

Un deuxième fait très intéressant est relatif à la *conservation parfaite de l'urine, sans fermentation, pendant plusieurs jours*, lorsqu'elle provient de personnes chez lesquelles il a été pratiqué des transfusions hypodermiques de solutions phéniquées simples ou de sérum complet, c'est-à-dire contenant tout à la fois l'acide phénique, le chlorure de sodium, le sulfate et le phosphate de soude. L'urine laissée à ciel ouvert reste limpide et ne se décompose pas, même pendant les chaleurs de l'été. Les choses se passent comme si, après la miction, on y ajoutait une substance antiseptique. Ce fait est digne d'attirer l'attention, puisqu'il autorise à croire que les transfusions d'eau phéniquée rendent aseptiques les humeurs de l'économie dans une certaine mesure.

Mais une preuve nous manque : malgré l'emploi des réactifs les plus sensibles de l'acide phénique, on ne parvient pas à déceler la présence de ce corps, même en quantité minime, dans cette urine qui se conserve pendant plusieurs jours sans altération !

Il est difficile de donner de ce fait une explication plausible ; il est cependant permis de supposer que si l'urine ne se décompose pas, c'est qu'elle contient un composé d'acide phénique qui échappe à l'analyse, mais dont l'action antiseptique n'est pas moins évidente.

Nous devons également insister sur ce point que les transfusions hypodermiques, quelle que fût leur abondance, ne déterminèrent jamais, dans nos expériences, même une seule fois, le passage de l'albumine, du sucre, non plus que des globules sanguins dans l'urine.

Il résulte enfin des analyses quantitatives répétées qui ont été faites que les éléments normaux de l'urine subissent des modifi-

cations constantes qui prouvent bien l'accélération des phénomènes nutritifs à la suite des transfusions.

a) Voyons d'abord ce qu'on observe lorsqu'on fait des transfusions avec des SOLUTIONS SIMPLEMENT PHÉNIQUÉES et passons en revue les différents éléments normaux de l'urine.

1° *Chlore et chlorure de sodium.* — Ces deux corps sont notablement augmentés. En effet, en prenant au hasard parmi les observations nombreuses que nous avons entre les mains, nous trouvons pour l'une d'entre elles :

Chlore............................	7.81	par litre.
Chlorure de sodium................	12.87	—

quantités qui sont considérables, si l'on songe que, dans ce cas, la quantité d'urine émise dans les 24 heures était de 2 litres, ce qui donne :

Chlore............................	15.62	par jour.
Chlorure de sodium................	25.74	—

alors que, chez la femme, la quantité d'urine excrétée par jour est normalement de 1,100 à 1,200 grammes, le chlore étant représenté par 5,40 et le chlorure de sodium par 8,40.

2° *Urée.* — L'urée subit une augmentation importante. C'est ainsi que nous notons, dans nos observations, les chiffres les plus habituels de 27, 30, 34, quelquefois 40 grammes par jour, au lieu de 21 à 22 grammes, qui représentent la moyenne normale.

3° *Acide urique.*— Les variations de l'acide urique sont parallèles à celles de l'urée. La quantité varie de 0,50 à 0,70 centigrammes par 24 heures au lieu de 0,30 à 0,40 qui est la moyenne.

4° Les modifications de l'*acide sulfurique* et de l'*acide phosphorique* sont sans importance et à peine appréciables.

Enfin, il est bon de signaler la pâleur remarquable de l'urine qui semble en grande partie privée de matière colorante.

En somme, sous l'influence des transfusions de solutions phéniquées, l'élimination du chlore, du chlorure de sodium, de l'urée et de l'acide urique, se trouve considérablement activée. Cette modification, corrélative de l'accélération des phénomènes nutritifs, ne peut s'expliquer que par une combustion plus complète

et, du moment où il n'existe pas de lé... assimilation plus permis de considérer l'augmentation ... un phénomène corrélatif de ... consécutive à toute trans...

B. *Modific*... ...PLET : chlorure de sodium, sulfate ... et acide phénique, on observe les

Un deuxième ... *parfaite de l*... lorsqu'elle ... qué des ... simpl... fois ... p... du chlorure de sodium, de l'urée et ... -*dire* que ces différents aliments sont ... *plus* considérable qu'à l'état normal. L'a... *l'acide* phosphorique, qui, après les transfu... *hypodermiques* d'eau phéniquée, n'avaient subi aucune ... *se* trouvent augmentés, dans les premiers jours, ... *proportionnellement* à la quantité de sulfate et de phosphate de *soude introduits* sous la peau.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que *des doses relativement minimes de sérum artificiel complet produisent, du côté de l'excrétion urinaire, sensiblement les mêmes modifications que des doses élevées de la solution phéniquée simple.*

De même, si l'on emploie comparativement la solution de sulfate de soude à 8 %, celle de phosphate de soude à 4 %, celle de chlorure de sodium à 2 %, on voit également que, chez la même malade, l'effet obtenu est toujours plus faible que celui qu'on obtenait auparavant avec le sérum artificiel complexe que nous avons pris pour type.

On comprend, par conséquent, l'intérêt qu'il y a à se servir, d'une façon habituelle, du sérum artificiel complet, puisque de petites doses de ce sérum sont aussi actives que des doses élevées de chacune des solutions simples prises isolément. Cette remarque est d'autant plus importante que, dans les effets comparés des diverses solutions sur la composition du sang, sur la tension artérielle, sur la stimulation du système nerveux central, nous constatons toujours la même loi : à dose égale, les effets maxima sont toujours produits par le sérum artificiel complet.

En résumé, les transfusions hypodermiques sont un moyen remarquable de stimulation et de régularisation de toutes les fonctions de l'économie.

Leur influence sur le cerveau se fait sentir par l'augmentation de la puissance du travail intellectuel, la transformation du caractère, la disparition de l'insomnie d'origine nerveuse.

Leur action sur le bulbe se caractérise par l'augmentation de la capacité vitale du poumon, par la régularisation des circulations locales et par celle de la température.

Du côté de la moelle épinière, la stimulation produite par les transfusions se manifeste par l'augmentation de la puissance musculaire, la régularisation des mouvements dans la pseudo-ataxie, la disparition de l'impuissance, la cessation de la constipation, la contractilité plus grande de la vessie.

Les effets produits par la transfusion hypodermique sur le système circulatoire consistent en une augmentation de la puissance contractile du cœur et le relèvement de la tension artérielle.

Loin d'être nocives pour les globules du sang, les transfusions de sérum artificiel sont un excellent moyen de rénovation globulaire.

L'augmentation de l'appétit, la facilité plus grande des digestions, malgré la véritable boulimie qu'on observe parfois, sont les phénomènes les plus importants à noter du côté du système digestif.

Les modifications qu'on observe dans la composition des urines, et notamment l'augmentation du chlore et des chlorures, de l'urée et de l'acide urique, sont la preuve que les transfusions hypodermiques accélèrent, d'une façon remarquable, les phénomènes intimes de la nutrition.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE MÉDECINE DE LYON

Nous recevons la lettre suivante du Comité d'organisation du Congrès de médecine de Lyon :

Lyon, le 28 juillet 1894.

Monsieur et honoré Confrère,

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirur-

des matériaux azotés, en un mot par une assimilation plus parfaite.

b) Avec le SÉRUM ARTIFICIEL COMPLET : chlorure de sodium, sulfate et phosphate de soude, et acide phénique, on observe les mêmes modifications du côté du chlorure de sodium, de l'urée et de l'acide urique, c'est-à-dire que ces différents aliments sont excrétés en quantité plus considérable qu'à l'état normal. L'acide sulfurique et l'acide phosphorique, qui, après les transfusions hypodermiques d'eau phéniquée, n'avaient subi aucune modification, se trouvent augmentés, dans les premiers jours, proportionnellement à la quantité de sulfate et de phosphate de soude introduits sous la peau.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que *des doses relativement minimes de sérum artificiel complet produisent, du côté de l'excrétion urinaire, sensiblement les mêmes modifications que des doses élevées de la solution phéniquée simple.*

De même, si l'on emploie comparativement la solution de sulfate de soude à 8 %, celle de phosphate de soude à 4 %, celle de chlorure de sodium à 2 %, on voit également que, chez la même malade, l'effet obtenu est toujours plus faible que celui qu'on obtenait auparavant avec le sérum artificiel complexe que nous avons pris pour type.

On comprend, par conséquent, l'intérêt qu'il y a à se servir, d'une façon habituelle, du sérum artificiel complet, puisque de petites doses de ce sérum sont aussi actives que des doses élevées de chacune des solutions simples prises isolément. Cette remarque est d'autant plus importante que, dans les effets comparés des diverses solutions sur la composition du sang, sur la tension artérielle, sur la stimulation du système nerveux central, nous constatons toujours la même loi : à dose égale, les effets maxima sont toujours produits par le sérum artificiel complet.

En résumé, les transfusions hypodermiques sont un moyen remarquable de stimulation et de régularisation de toutes les fonctions de l'économie.

Leur influence sur le cerveau se fait sentir par l'augmentation de la puissance du travail intellectuel, la transformation du caractère, la disparition de l'insomnie d'origine nerveuse.

Leur action sur le bulbe se caractérise par l'augmentation de la capacité vitale du poumon, par la régularisation des circulations locales et par celle de la température.

Du côté de la moelle épinière, la stimulation produite par les transfusions se manifeste par l'augmentation de la puissance musculaire, la régularisation des mouvements dans la pseudo-ataxie, la disparition de l'impuissance, la cessation de la constipation, la contractilité plus grande de la vessie.

Les effets produits par la transfusion hypodermique sur le système circulatoire consistent en une augmentation de la puissance contractile du cœur et le relèvement de la tension artérielle.

Loin d'être nocives pour les globules du sang, les transfusions de sérum artificiel sont un excellent moyen de rénovation globulaire.

L'augmentation de l'appétit, la facilité plus grande des digestions, malgré la véritable boulimie qu'on observe parfois, sont les phénomènes les plus importants à noter du côté du système digestif.

Les modifications qu'on observe dans la composition des urines, et notamment l'augmentation du chlore et des chlorures, de l'urée et de l'acide urique, sont la preuve que les transfusions hypodermiques accélèrent, d'une façon remarquable, les phénomènes intimes de la nutrition.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE MÉDECINE DE LYON

Nous recevons la lettre suivante du Comité d'organisation du Congrès de médecine de Lyon :

Lyon, le 28 juillet 1894.

Monsieur et honoré Confrère,

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirur-

gicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue. De divers côtés déjà, soit à Paris, soit en province, on a exprimé le désir de voir créer un congrès de médecine de langue française, mais personne ne s'est encore décidé à en réaliser l'exécution.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune, à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les villes de Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation, chargé de provoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs, et de trancher notamment toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures.

La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, ainsi qu'aux médecins de toutes nationalités désireux de faire une communication en français.

Nous vous adressons avec cette lettre le règlement et le programme de cette première session. Nous espérons que vous apprécierez comme nous le grand intérêt qu'il y a pour la médecine française à posséder un Congrès périodique, analogue au Congrès français de chirurgie et aux Congrès de médecine qui ont pris à l'étranger, et surtout en Allemagne, une importance si considérable.

Si, comme nous l'espérons, vous approuvez notre projet et notre initiative, nous comptons que vous voudrez bien nous donner votre appui en adhérant au Congrès. Il vous suffira pour cela de nous retourner, après l'avoir signé, le bulletin d'adhésion ci-inclus.

La cotisation est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Comité d'organisation :

Le Secrétaire général,
L. Bard,
Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

1re Session. — LYON — 1894.

COMITÉ D'ORGANISATION

Président : M. Gailleton, maire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine.

Vice-Présidents : MM. Mayet, professeur à la Faculté de médecine. — Soulier, professeur à la Faculté de médecine.

Secrétaire-Général : M. L. Bard, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30.

Trésorier : M. Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, rue Saint-Dominique, 14.

Secrétaires : MM. Devic, agrégé, médecin des hôpitaux. — A. Pic, médecin des hôpitaux.

Secrétaire des Séances : M. Collet, interne des hôpitaux.

MEMBRES DU COMITÉ :

MM. Audry, médecin des Hôpitaux. — L. Blanc, médecin des prisons. — L. Bouveret, agrégé, médecin des hôpitaux. — Bret, chef de clinique à la Faculté. — Chambard-Hénon, ancien interne des hôpitaux. — Charmeil, ancien chef de clinique à la Faculté. — Clément, doyen des médecins des hôpitaux. — Colrat, médecin des hôpitaux. — Courmont, agrégé à la Faculté de médecine. — Garel, médecin des hôpitaux. — Gros, professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts. — Icard, bibliothécaire de la Faculté de médecine, gérant du *Lyon Médical*. — Kelsch, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole du service de

santé militaire. — Lépine, professeur de clinique médicale à la Faculté. — Lortet, doyen de la Faculté de médecine. — Pierret, professeur de clinique à la Faculté. — Rabot, médecin des hôpitaux. — Rebatel, ancien chef de clinique à la Faculté, conseiller général du Rhône. — J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine. — R. Tripier, professeur à la Faculté de médecine. — Viry, médecin principal, sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire. — Weill, agrégé, médecin des hôpitaux.

Règlement de la 1re Session.

1. La première session du Congrès français de médecine interne s'ouvrira le *jeudi* 25 *octobre*, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Lyon, et siégera du 25 au 29 octobre inclus.

2. Le français est la seule langue du Congrès.

3. Le Congrès se composera de tous les médecins qui se seront fait inscrire comme membres et auront acquitté la cotisation fixée à 20 francs. Les *étudiants en médecine* pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

4. La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser 15 minutes, les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser 10 minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées.

5. Le texte des communications, ou des observations présentées au cours de la discussion, devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance.

6. Le titre des communications à faire devra être adressé le plus tôt possible au secrétaire-général, et lui parvenir au plus tard le 10 *octobre*. Les communications annoncées après cette date seront placées à la suite de l'ordre du jour, et ne figureront pas sur les programmes imprimés.

7. Les communications seront inscrites dans l'ordre de leur réception ; toutefois, celles qui se rattachent à l'une des questions proposées par le Comité seront mises à l'ordre du jour de la séance où cette question sera discutée.

Le Comité se réserve le droit de grouper dans l'ordre du jour les autres communications suivant la similitude de leurs objets. S'il en était besoin pour épuiser l'ordre du jour, plusieurs séan-

ces pourraient avoir lieu parallèlement dans des locaux voisins.

8. Le Comité d'organisation se tiendra à la disposition des membres du Congrès étrangers à la ville, pour leur obtenir à l'avance tous les renseignements qui pourront leur être utiles pour leur séjour.

PROGRAMME

Jeudi 25 Octobre.

9 heures matin. — Séance générale d'ouverture ; Discours d'ouverture ; Elections ; Nomination d'une Commission chargée de préparer les Statuts du Congrès qui seront discutés et votés dans la séance de clôture.

2 heures soir. — Question mise en discussion : *Etiologie et Pathogénie du diabète.*

Vendredi 26 Octobre.

8 h. 1/2 du matin. — Communications personnelles.

2 heures soir. — Question mise en discussion : *De la valeur clinique du chimisme stomacal.*

Samedi 27 Octobre.

8 h. 1/2 matin. — Communications personnelles.

2 heures soir. — Question mise en discussion : *Des aphasies.*

Lundi 29 Octobre.

8 h. 1/2 matin. — Communications personnelles.

2 heures soir. — Communications personnelles.

5 heures soir. — Séance générale de clôture.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

SESSION DE CAEN (AOUT 1894.)

(*Voir dans notre précédent n° les communications du Dr Chéron et du Dr Batuaud.*)

SUR LES GROSSESSES PROLONGÉES

M. NOURY (de Caen). — Peu d'auteurs admettent la réalité des grossesses *physiologiques* prolongées au delà du terme considéré comme normal. La plupart des accoucheurs se rangent à l'avis du professeur Tarnier, qui soutient que la grossesse prolongée est

toujours l'indice d'un des états suivants : 1° rétention du fœtus *in utero* ; 2° tumeur utérine faisant obstacle à l'accouchement ; 3° grossesse extra-utérine.

L'auteur, après avoir défini la grossesse prolongée et montré qu'elle peut présenter des degrés bien divers, passe en revue les objections des adversaires de sa théorie ; il conclut que rien n'autorise à la rejeter *a priori*.

Après l'exposé des conditions qui constituent la grossesse prolongée au sens *physiologique* du mot, il cite cinq observations, dont trois personnelles, à l'appui de sa thèse. Puis il montre que les faits observés daus l'espèce humaine sont confirmés par l'observation des vétérinaires sur l'espèce bovine.

Il termine en appelant sur cette question l'attention des accoucheurs et formule les conclusions suivantes :

1° La grossesse prolongée physiologique, c'est-à-dire existant en dehors de tout état pathologique, de toute malformation maternelle ou fœtale, s'observe dans l'espèce humaine aussi bien que dans d'autres espèces animales ;

2° Il y a des degrés divers dans la grossesse prolongée : il est impossible de les évaluer rigoureusement ;

3° En tout état de cause, les faits de cet ordre sont en concordance avec les dispositions du code civil, et justifient la prudence du législateur lorsqu'il dit que « la légitimité de l'enfant né 300 jours après le mariage, *pourra* être contestée ».

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

INVERSION UTÉRINE.

M. Legueu présente un cas d'inversion utérine complète, chronique, irréductible, pour lequel il a dû pratiquer l'hystérectomie vaginale. Cette inversion, consécutive à l'accouchement, datait de quatre mois. La malade était sujette à des métrorrhagies abondantes et anémiée. L'utérus s'était retourné en doigt de gant et par le toucher on tombait immédiatement sur le fond de la muqueuse du corps utérin. Le col enserrait en anneau la partie moyenne du corps de l'utérus, qui suivait le fond de l'organe dans son inversion.

TUMEURS KYSTIQUES DU CORPS DE L'UTÉRUS.

M. Manoury a observé une jeune fille de dix-huit ans qui présentait à chaque période menstruelle d'abondantes métrorrhagies. L'utérus était volumineux, remontait jusqu'à l'ombilic. En présence de ces troubles fonctionnels, la laparotomie fut décidée dans le but de faire une castration, devant diminuer la valeur de ces pertes de sang. Après l'ouverture du ventre, la tumeur paraissant facile à pédiculiser, on se proposa d'en faire l'ablation. Lorsqu'on examina ensuite les pièces, on vit qu'il existait dans l'intérieur du muscle utérin une cavité contenant plusieurs poches kystiques de volumes variables depuis la grosseur d'une amande jusqu'au volume d'une tête de fœtus ; le liquide que contenaient ces kystes était clair ou louche, de consistance mucoïde. Les deux ovaires étaient kystiques et il y avait un petit kyste d'une frange salpingée à droite.

ARTÈRES UTÉRINES ET UTÉRO-OVARIENNES.

M. Souligoux a injecté les vaisseaux des organes génitaux internes d'une femme morte d'urémie, il a constaté que les artères utéro-ovariennes étaient de très petit diamètre, comparées aux artères utérines ; en revanche, les plaques veineuses sont très abondantes et volumineuses dans le voisinage de l'artère ovarienne ; or, c'est un nouveau cas que M. Souligoux constate, car il en a déjà observé de semblables, contrairement aux auteurs des traités d'anatomie qui décrivent l'artère ovarienne de volume supérieur, sinon égal à l'artère utérine.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DU Vme ARRONDISSEMENT (PARIS).

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE PERFORATION DE L'UTÉRUS PAR UN INSTRUMENT, AU COURS D'UNE OPÉRATION (M. Schwartz).

J'ai eu à opérer une jeune femme atteinte de rétroflexion utérine. Je chargeai, la veille de l'intervention, mon interne d'introduire dans le col une tige de laminaire. Le lendemain, alors que je me disposais à réduire, sous le chloroforme, la rétroflexion, je m'aperçus que la tige était tout entière dans l'utérus et venait buter contre le col. Je le dilatai, et introduisis une tige mousse

d'Hégar. Je procédai très doucement au redressement, lorsque je sentis tout à coup l'instrument s'enfoncer profondément ; l'extrémité avait perforé le fond de l'utérus et était arrivée au niveau de l'ombilic ; j'avais à choisir entre l'hystérectomie vaginale totale ou la laparotomie et suture de la plaie utérine ; c'est à cette dernière décision que je m'arrêtai, en raison du peu de lésions présumées du côté des annexes.

Après avoir procédé à la laparotomie, après avoir lavé la cavité abdominale, la tige étant maintenue en place, car elle formait bouchon sur l'orifice de perforation, j'explorai les annexes ; je trouvai que la malade avait eu une grossesse extra-utérine; la trompe s'était rompue quinze jours auparavant et un petit caillot était arrivé parmi les anses intestinales. J'enlevai la trompe et le caillot, je suturai le fond de l'utérus et fis une hystéropexie, pour avoir deux barrières ; l'une utérine, l'autre abdominale, L'opérée guérit en trois semaines. Il faut savoir que toutes les fois qu'une tige quelconque a séjourné dans l'utérus, celui-ci se laisse très facilement traverser, surtout au cours des manœuvres de redressement.

M. *Verchère* se demande s'il était nécessaire d'ouvrir le ventre étant donné que M. Schwartz ignorait la grossesse extra-utérine ; il ne le croit pas, car la tige perforante était aseptique. A son avis, la guérison serait arrivée, même si l'on s'était contenté d'enlever la tige, et en s'abstenant de toute opération : il en a vu deux cas.

M. *Schwartz* a vu chez Demarquay des utérus très flasques qui se distendaient sous la curette et à tel point que l'extrémité de celle-ci arrivait au niveau de l'ombilic, sans perforer l'utérus. Il n'y avait naturellement aucun accident consécutif ; aussi, ces cas ne sont pas démonstratifs, car on peut croire à une perforation utérine, alors qu'il n'y en a pas. M. Schwartz n'oserait pas retirer un instrument qui aurait perforé l'utérus ; il redouterait la communication entre la cavité abdominale et la cavité utérine ; il préfère recourir à la laparotomie, en raison de la bénignité de cette opération.

M. *Millée*, assistant un jour un confrère pour un curettage, vit se produire une perforation ; la curette s'enfonça à travers la paroi utérine, comme dans du beurre. On se contenta de retirer l'instrument, de faire une injection d'ergotine, et le tamponne-

ment intra et extra-utérin ; la malade guérit rapidement ; aussi, au point de vue pratique, il est d'avis que l'on peut dans certains cas se passer de la laparotomie.

M. *Schwartz*. On fait ce qu'on peut ; si l'on ne peut faire la laparotomie, on doit instituer le traitement préventif ; antisepsie, glace sur le ventre. Si l'on est outillé, mieux vaut faire la laparotomie.

M. *Verchère* n'est pas partisan de l'intervention ; il retirera, en pareil cas, la tige perforante et fera une injection d'ergotine. Il n'est partisan de la laparotomie que lorsque celle-ci est indiquée surtout par une lésion des annexes, ce qui n'était pas le cas dans le fait cité par Schwartz, car il était loin de songer à la grossesse extra-utérine. (*La France Médicale.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 29 janvier 1894.

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CLITORIS.

M. BRINDEL. J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un épithélioma primitif du clitoris enlevé par M. le Dr Dubourg à une femme, âgée de soixante-dix ans, en traitement actuel à l'hôpital Saint-André, salle 1 *bis*.

Cette femme, B... (Elisabeth), ne présente aucune tare héréditaire : ses parents sont morts fort âgés, ses frères et sœurs jouissent encore d'une bonne santé ; elle a un fils âgé de quarante ans. Elle-même n'a jamais été malade.

Le début de l'affection ne semble pas remonter à plus de trois mois. Il s'est manifesté d'abord par des crises de prurit clitoridien qui apparaissaient surtout le soir en se couchant, parfois dans la journée et obligeaient la malade à se gratter quelquefois jusqu'au sang.

Un mois après, elle s'aperçut de la présence, sur son clitoris, d'une petite tumeur rouge, bosselée, saignant au moindre contact, rendant la marche impossible à cause de la douleur provoquée par les ulcérations engendrées elles-mêmes par le frottement des grandes lèvres pendant la marche.

La tumeur, qui n'occupait d'abord que le clitoris (la malade est très affirmative à ce sujet), envahit bientôt le capuchon clitori-

dien, prit un volume beaucoup plus considérable pendant que se développait dans le pli inguinal gauche une tumeur ovalaire, roulant sous la peau et profondément sur l'aponévrose, à grand diamètre parallèle à ce pli ; elle était le siège de quelques élancements douloureux et avait acquis, en un mois seulement, les dimensions d'une noix ; il s'agissait là d'une adénopathie de même nature probablement que la tumeur clitoridienne.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait donc deux tumeurs, une dans le milieu du pli inguinal gauche et qui faisait une petite saillie sous la peau (on sentait même, à la palpation, une deuxième petite tumeur, deuxième adénite, moins volumineuse que la première dont elle offrait du reste tous les caractères) ; la deuxième, la tumeur clitoridienne, n'était visible qu'en écartant légèrement les grandes lèvres. Elle occupait la place du clitoris, empiétait sur l'extrémité supérieure des petites lèvres, mais non sur les grandes lèvres ; elle était séparée en bas du méat urinaire, qui du reste faisait une saillie pâle sur les parties environnantes, par un intervalle d'un centimètre environ.

Elle laissait suinter quelques gouttelettes d'un liquide roussâtre, d'une odeur infecte. Si on la saisissait entre le pouce et l'index, on pouvait la mobiliser sur le tissu cellulaire sous-muqueux, sauf en un point correspondant au point d'implantation du clitoris lui-même.

Plus de démangeaisons, peu de douleurs spontanées, sauf de temps à autre une sensation de cuisson ; développement rapide.

L'état général est resté excellent ; la malade n'a pas maigri, pas de teint cachectique. Poumons, cœur, foie, paraissent absolument normaux. L'utérus est petit, rétracté, comme chez une femme de cet âge ; la menstruation a disparu depuis plus de vingt ans et le vagin n'est le siège d'aucun écoulement. Le rectum est sain également, de même que les mamelles qui sont atrophiées, mais sans aucune espèce d'induration. Les ganglions pelviens paraissent indemnes.

L'opération a été des plus simples : incision circulaire avec le bistouri autour de la tumeur, dissection avec la sonde cannelée du tissu cellulaire sous-muqueux, incision des corps caverneux du clitoris avec le thermocautère. Pas de réunion immédiate. Les deux ganglions inguinaux ont été enlevés de même, après incision de la peau, par énucléation.

L'état actuel de la malade, dix jours après l'opération, est des plus satisfaisants. La plaie de la vulve est en voie de cicatrisation ; la malade n'a eu de rétention d'urine que pendant quarante-huit heures, ce qui est assez fréquent dans les opérations sur la vulve, et malgré son âge avancé elle paraît devoir récupérer une santé parfaite.

Les cancers primitifs du clitoris sont assez rares, tel est le motif qui nous a engagé à présenter ce cas à la Société d'anatomie.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

Séance du 23 Juillet 1894.

SARCOME DES DEUX OVAIRES ; CASTRATION.

M. Brindel présente deux tumeurs enlevées par M. le Dr Dubourg à une femme, âgée de trente-trois ans, actuellement en traitement dans son service à l'hôpital Saint-André.

Cette dame, Mme T..., a eu trois enfants et a fait deux fausses couches après son dernier accouchement. La dernière remonte à huit ans.

La malade souffre depuis le mois d'octobre 1893 et a fréquemment la diarrhée depuis cette époque. Ce n'est toutefois que depuis quatre à cinq mois qu'elle a senti se développer une tumeur dans le côté gauche de sa cavité abdominale. L'appétit a disparu graduellement et la malade a maigri de 17 kil. 500 en quatre mois. Jusqu'ici, elle a été bien réglée, sauf le mois dernier, où elle a perdu du sang à deux reprises différentes.

A son entrée à l'hôpital, on sentait une tumeur un peu allongée, arrondie, mobile, dure, indolente, de la grosseur d'une tête de fœtus, dans le côté gauche de la cavité abdominale. Elle ne faisait pas corps avec l'utérus, très mobile sur elle. Celui-ci était un peu gros ; il était repoussé à droite et ne suivait les mouvements de la tumeur que dans les mouvements d'élévation en masse imprimés à celle-ci.

Par le toucher combiné au palper, on percevait à droite une deuxième tumeur, de la grosseur du poing d'un adulte, qui semblait enchâtonnée dans le petit bassin.

L'hystéromètre, poussé jusqu'à l'orifice interne du col, ne le franchissait qu'avec difficulté. L'utérus était mobile sur la tumeur de droite.

L'hypothèse de fibromes sous-péritonéaux se présentait à l'esprit, d'autant mieux que l'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, pouvait bien renfermer des fibromes interstitiels ; toutefois, nous dûmes la rejeter en l'absence de métrorrhagies. La difficulté qu'on avait à introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, jointe à l'amaigrissement rapide de la malade coïncidant avec un développement non moins rapide de la tumeur abdominale, n'était pas de nature à faire adopter l'opinion de fibrome.

Nous aperçûmes enfin, sur la cicatrice ombilicale, une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui nous sembla être de nature maligne, et l'idée d'une tumeur secondaire nous parut plus probable. Cependant, la dépression ombilicale, pleine de saleté, était irritée, et l'hypothèse d'une induration irritative chronique ne parut pas devoir être éliminée complètement.

Une intervention s'imposait et fut exécutée par M. Dubourg.

La cicatrice ombilicale fut circonscrite par une incision elliptique, dont la queue s'étendit en bas jusqu'au pubis. Après ablation de l'ombilic et section des diverses couches de la paroi abdominale, la tumeur apparut. Facilement attirée au dehors, grâce à l'absence d'adhérences, la tumeur, de forme ovalaire, bosselée, noirâtre en certains endroits, était retenue au ligament large par un pédicule très court, étalé et mince, qui rendit assez laborieuse sa constriction par une triple ligature en chaîne. Des ligatures de sûreté au catgut furent également faites sur la tranche de section du hile.

Le côté droit fut ensuite exploré. La main sentit une tumeur de même forme, mais plus petite que la première, ayant les mêmes rapports et retenue dans l'excavation par une seule bride fibreuse de la grosseur d'une petite plume de corbeau. Cette bride s'implantait sur la face postérieure de la tumeur. La trompe coiffait une partie du néoplasme, mais elle put en être séparée facilement.

La tumeur attirée au dehors, le pédicule parut plus allongé que celui de l'autre ovaire et une ligature en chaîne double réussit à amener sa constriction la plus complète.

L'utérus occupait maintenant sa place normale ; il apparut plus gros qu'à l'état normal et présenta, au doigt explorateur, une nodosité sur sa face postérieure. On n'y toucha point.

Le ventre fut ensuite refermé par une suture à étages.

A la coupe, les tumeurs ont l'aspect du sarcome ; la plus petite a même une portion kystique. Nous donnerons plus tard la description histologique des deux tumeurs.

DEUX OVARITES SUPPURÉES ; OVARIECTOMIE VAGINALE DANS LES DEUX CAS ; GUÉRISON.

M. Brindel présente deux ovaires avec deux extrémités de trompe adhérentes enlevés dans des circonstances identiques et de la même façon, à deux femmes, dont l'une est sur le point de quitter le service de M. Dubourg, où elle est en traitement depuis un mois et demi, et dont l'autre, complètement guérie, a quitté l'hôpital depuis le 28 juin dernier.

L'ovariectomie a été pratiquée dans les deux cas par la voie vaginale.

Voici l'histoire de la première femme : Bien réglée habituellement, trois enfants, deux fausses couches, une métrite consécutive et un curettage il y a un an, une poussée de pelvi-péritonite du 8 au 20 juin 1894, tels sont les antécédents de Mme B..., qui a vingt-huit ans.

L'histoire de la seconde, âgée de vingt-deux ans, est à peu près la même : Bien réglée habituellement, un enfant à terme il y a seize mois, une métrite consécutive à l'accouchement, une première poussée de pelvi-péritonite il y a onze mois, une deuxième poussée à son entrée à l'hôpital le 21 avril 1894.

Un examen minutieux, fait après la cessation des phénomènes douloureux de la pelvi-péritonite, amène, chez l'une comme chez l'autre, la découverte d'une tumeur ovarienne droite dont la nature suppurée ne fait aucun doute.

La tumeur paraissant très accessible par la voie vaginale, M. Dubourg porte son bistouri de ce côté. Après avoir fait une incision empiétant à la fois sur le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, le doigt est introduit dans la plaie et arrive, avec un peu de patience, sur la tumeur elle-même qui n'est pas en réalité aussi accessible qu'elle le paraissait. Néanmoins, cette tumeur est saisie à l'aide d'une pince érigne ; on cherche à l'énucléer ; elle se déchire et il s'en écoule, dans le premier cas, du pus en assez grande quantité et, dans le second, un peu de pus, mais beaucoup de mucus gluant.

Dans les deux cas, la décortication est continuée ; il ne reste plus qu'un pédicule ; on le lie, on le sectionne et on obtient les deux fragments de tumeur que je vous présente. Des mèches de gaze iodoformée, introduites après lavage, forment drainage et ne sont changées que le sixième ou le septième jour. Il n'y a pas eu le moindre accident post-opératoire. Quinze jours après, les malades sont sur pied et la cicatrisation de la plaie vaginale est à peu près parfaite. Il est permis de se demander si une laparotomie eût donné les mêmes résultats et si, dans un plus grand nombre de cas, la voie vaginale ne pourrait pas être mise à profit.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Procès-verbal officiel de la séance du 1er juin 1894.

Présidence de M. CHABRELY, *Président.*

TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES DOULOUREUSES.

M. DUBOURG lit un travail sur ce sujet.

M. DEMONS. D'une façon générale, j'adopte les idées exprimées par M. Dubourg dans son très intéressant travail, mais je suis frappé par la sévérité avec laquelle notre confrère apprécie l'hystéropexie abdominale.

M. Dubourg fait à cette opération le grand reproche de forcer le chirurgien à ouvrir le péritoine, mais ne faut-il pas l'ouvrir aussi lorsqu'on agit par la voie pelvienne ?

L'ouverture du péritoine qu'exige l'hystéropexie permet d'explorer complètement la région, de voir si les annexes sont malades, de libérer toutes les adhérences, de faire en un mot des opérations complètes. Quand on fait l'hystéropexie, on peut examiner à fond le petit bassin ; il est possible de voir et de toucher, c'est-à-dire de faire un diagnostic parfait. C'est, dans un bon nombre de cas, la seule façon d'apprécier tous les dégâts à leur véritable valeur.

Par l'élytrotomie postérieure, dont je suis dans certains cas un chaud partisan, il est difficile de bien libérer l'utérus et je crois que, dans les rétro-déviations douloureuses irréductibles, il faut pratiquer l'hystéropexie. J'ai souvent pratiqué cette opération, toujours j'ai obtenu d'heureux résultats.

M. Dubourg. Avant d'opérer, il faut s'attacher à faire un diagnostic très exact et très complet. Ce diagnostic n'est souvent possible que sous le chloroforme ; mais il n'est pas nécessaire, à mon avis, d'ouvrir la cavité abdominale pour savoir ce qu'il y a dans le petit bassin ; quand la malade est complètement anesthésiée, les touchers vaginal et rectal, joints au palper abdominal, permettent d'apprécier l'état des adhérences utérines et l'intégrité des annexes.

D'ailleurs, l'ouverture du péritoine par le pelvis est loin d'être aussi grave que l'ouverture de cette séreuse par la voie supérieure. La clinique nous montre que l'infection est beaucoup moins à redouter dans le premier cas que dans le second.

Je ne pense pas cependant que l'hystéropexie soit une mauvaise opération ; la ventro-fixation donne, je le sais, d'excellents résultats ; je réserve ma sévérité pour la suture vagino-antérieure qui ne me paraît pas mériter la confiance des chirurgiens.

M. Demons. M. Dubourg attribue une gravité trop grande à l'hystéropexie ; l'ouverture abdominale consiste après tout dans une boutonnière à travers laquelle l'opérateur passe deux doigts pour aller à la recherche de l'utérus et explorer la région ; je n'ai jamais eu d'accidents infectieux à déplorer.

Je dois ajouter d'ailleurs que l'ouverture du cul-de-sac postérieur est souvent très indiquée ; c'est notamment l'opération de choix pour les salpingites suppurées.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX.

Séance du 12 juin 1894.

DEUX CAS DE PROCIDENCE DU CORDON.

M. Oui. Les procidences du cordon abandonnées à elles-mêmes sont presque toujours funestes à la vie du fœtus ; les meilleurs procédés de réduction sont les procédés manuels.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une procidence du cordon que je pouvais constater par le toucher, avant la rupture de la poche des eaux et avant que la dilatation fût complète. En introduisant la main tout entière dans le vagin, je pus faire remonter le cordon ; la procidence ne se reproduisit pas aussitôt ;

les battements du cœur, qui avaient faibli, redevinrent plus forts. Mais un moment après, ils se ralentirent et s'affaiblirent. Je pratiquai le toucher et trouvai encore la procidence. J'introduisis de nouveau la main dans le vagin et pus faire remonter le cordon derrière la symphyse. Mais presque aussitôt une violente contraction utérine se produisit et la poche des eaux se rompit spontanément. Les contractions se succédèrent rapidement et je jugeai à propos de laisser une main dans le vagin jusqu'au moment de l'expulsion qui se fit très promptement.

Dans un second cas, la poche des eaux était rompue et la dilatation incomplète, il se faisait dans le vagin une procidence du cordon; je réduisis le cordon, puis fis l'application d'un ballon de Champetier de Ribes pour accélérer le travail. Quand j'enlevai le ballon, la procidence se reproduisit. Je dus faire une version podalique, mais malheureusement je ne pus avoir un enfant vivant.

Dans le premier cas, j'ai eu raison de réduire et de sauvegarder manuellement le cordon, malgré l'avis de bien des maîtres, Depaul surtout. On le peut sans danger, en agissant doucement dans l'intervalle des contractions. Mais il est bon d'introduire toute la main.

A propos du deuxième, je signalerai les bons effets du ballon de Champetier de Ribes, qui, tant qu'il est en place, soulève la présentation, fait remonter le cordon et empêche que la procidence vienne à se reproduire.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE.

ÉNORME KYSTE DE L'OVAIRE SIMULANT UNE ASCITE. — OVARIOTOMIE. GUÉRISON,

Par M. Desbonnets, interne des hôpitaux.

La nommée Th.. (Marie), âgée de 21 ans, entre à l'Hôpital de la Charité le 12 janvier 1894 pour se faire opérer d'une énorme tumeur du ventre. Cette jeune fille, réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, a vu à 16 ans ses époques interrompues pendant environ huit mois. On ne note rien d'autre dans ses antécédents : elle n'a jamais eu de maladie sérieuse. Elle a commencé à s'apercevoir que le ventre grossissait au mois de mars 1893 ; c'était

surtout par le haut, dit-elle, que le ventre augmentait de volume. En août, une ponction fut pratiquée par M. le Dr Poulain, de Saint-Omer, qui retira environ 8 litres d'un liquide d'abord rose, puis couleur marron, clair, peu épais, donnant une mousse abondante. Au bout de deux mois, le ventre a recommencé à grossir. Pendant ce temps-là les règles ont toujours été régulières, abondantes, d'une durée de 5 à 6 jours. Jamais de troubles ni du côté des voies urinaires, ni du côté des voies digestives.

A *l'inspection*, le ventre paraît distendu dans toute sa hauteur, depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde, il est soulevé dans la région ombilicale qui est entièrement déplissée et dans les flancs : les hypochondres droit et gauche paraissent aussi soulevés, de telle sorte que la dilatation de l'abdomen est égale dans tous les sens.

Circonférence de l'abdomen, 1 cent. au-dessous de l'ombilic	95	cent.
Distance du pubis à l'appendice xyphoïde	41	»
» » à l'ombilic	20	»
» du nombril à l'épine iliaque antéro-supérieure droite	22	»
— du nombril à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche	21	»

La *palpation* indique partout une masse élastique, résistante, sans dureté d'aucune sorte ; la sensation de flot est très nette dans tous les sens.

La *percussion* ne révèle de sonorité que très haut dans l'abdomen à partir de trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane, à quatre travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, au niveau de la ligne mammaire et de la ligne axillaire ; à gauche, il faut aller jusqu'à la ligne scapulaire pour trouver un peu de sonorité. Les zones de sonorité et de matité ne se modifient pas par les déplacements du tronc.

Le *toucher vaginal* indique que la tumeur bombe dans le cul-de-sac antérieur ; le postérieur est au contraire effacé. L'utérus est repoussé en masse en arrière.

Diagnostic : Énorme kyste de l'ovaire.

L'opération est pratiquée le 15 janvier 1894, par M. le professeur Duret ; l'extirpation du kyste ne fut pas difficile et ne donna

lieu à aucun incident à signaler ; pas d'adhérences péritonéales. L'ovaire sain est conservé. Suture de la paroi abdominale à trois étages.

Soirée bonne, pas de vomissements, connaissance complète, T. s. 37. 2, 100 pulsations. Piqûres de morphine.

Les règles sont revenues le lendemain de l'opération.

Le premier pansement est pratiqué le 23 janvier, c'est-à-dire le 8e jour apès l'opération, la malade va très bien, pas de fièvre, réunion par première intention parfaite, pas la moindre rougeur autour des fils de suture qui sont enlevés. Pansement ordinaire.

L'opérée continue à aller bien et quitte l'hôpital, le 10 février, complètement guérie, mais ayant à ce moment-là une ceinture hypogastrique qu'elle conservera pendant un certain temps.

Examen de la tumeur. — La tumeur n'était pas, comme on l'avait pensé, un kyste uniloculaire : derrière la poche énorme qui se trouvait en contact avec la paroi abdominale et qui donnait nettement la sensation de flot, se trouvait une masse volumineuse formée par un grand nombre de petits kystes renfermant un liquide gélatineux, épais.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE

Séance du 2 Août 1894.

M. Fraipont expose l'histoire de *dix cas de grossesse après pelvipéritonite et salpingo-ovarite suppurées*. Grâce au traitement conservateur des organes génitaux, on peut arriver à ne pas vouer les femmes à la stérilité en rétablissant le fonctionnement menstruel et générateur. Ce traitement est long et fatigant pour les malades et le médecin.

Cependant, dans les cas de suppuration bilatérale, l'opération de Péan est indiquée (hystérectomie vaginale).

Il faut redouter les abus opératoires et se contenter de faire la part du feu dans les cas où le traitement conservateur échoue fatalement.

Déjà en 1883, *Doléris* et plus tard *Murray* ont publié des observations de grossesse survenues après pelvipéritonite et salpingo-ovarite.

Les cas observés à Liége confirment ces faits observés en France et en Amérique.

(*Journal d'Accouchements.*)

REVUE DE LA PRESSE

DE QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES EN RAPPORT AVEC LA DYSMÉNORRHÉE.

Entretien clinique. (Dr GALLEMAERTS.)

Voici deux jeunes filles, à peu près du même âge, atteintes toutes deux d'une affection oculaire qui se présente avec des caractères différents dans les deux cas; le siège n'est pas le même, et si l'on ne tient compte que de l'état actuel, il semble n'y avoir aucun rapport entre les deux cas. Pour déterminer les relations qui existent entre les deux maladies, il faut remonter à la cause et déterminer si l'affection oculaire a toujours revêtu le même aspect qu'aujourd'hui.

L'une de ces malades, âgé de 19 ans 1/2, est venue nous trouver au mois de février de cette année ; elle se plaignait d'avoir depuis 8 jours un brouillard devant l'œil gauche; en même temps, elle souffrait de maux de tête. La vision de l'œil gauche est de 1/3; celle de l'œil droit de 1/4. Le champ visuel est normal. A l'éclairage latéral, on trouve à droite une taie ancienne de la cornée. A droite il y a de la myopie, à gauche de l'astigmatisme hypermétropique. Le corps vitré est transparent, sans opacités. La papille gauche est plus rouge que la droite, elle présente un contour nuageux, les bords sont peu marqués, masqués par un trouble laiteux qui se propage sur la rétine, surtout en bas ; le long des vaisseaux existent quelques plaques blanchâtres dues à la même infiltration séreuse. Il existait donc une *neuro-rétinite* dont il fallait déterminer la cause. Dès le premier examen, j'étais persuadé qu'il s'agissait d'une affection en rapport avec des troubles menstruels ; mais la malade, à mon grand étonnement, m'affirmait qu'elle était régulièrement réglée ; elle s'était fait arracher une dent 15 jours auparavant et croyait que c'était là la cause de son affection ; il aurait pu en être ainsi, si la dent n'avait pas été arrachée de l'autre côté, de telle sorte qu'il devenait difficile d'établir la relation entre l'avulsion dentaire et l'affection oculaire. Malgré l'affirmation de la malade, je persistais à croire que la neuro-papillite était en rapport avec des troubles menstruels et j'instituai le traitement en conséquence :

des pilules de podophylline, un vésicatoire derrière l'oreille, une sangsue à l'aile du nez, des bains de pied, tels furent les moyens employés dès le début.

Quelques jours après, la malade déclara qu'elle souffrait réellement de troubles de la menstruation ; une fausse honte l'avait empêchée de dire la vérité en présence des médecins qui se trouvaient à la clinique. Le diagnostic était exact ; il s'agissait bien d'une neuro-papillite telle qu'on la rencontre dans la dysménorrhée des jeunes filles. Cette jeune fille avait été irrégulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans ; tantôt les règles étaient régulières pendant une période de quelques mois, tantôt elles n'apparaissaient que tous les 3 ou 4 mois. Avant d'éprouver des troubles de la vue, elle s'était trouvée dans une période de dysménorrhée qui persistait toujours.

L'autre malade est âgée de 23 ans 1/2 ; elle présente autour de la cornée droite une injection très vive, vineuse ; l'iris se dilate irrégulièrement ; la vision n'est que de 1/5 ; le corps vitré est trouble, rempli d'opacités : la papille est rouge, injectée ; il n'existe aucune trace de syphilis. Cette personne souffre toujours de troubles de la menstruation ; les règles sont accompagnées de vives souffrances, et sont très peu abondantes. Il s'agit également d'une *iridochoroïdite* en rapport avec de la dysménorrhée. L'affection oculaire est dans ce cas-ci beaucoup plus grave que dans le premier ; les troubles sont plus profonds, plus étendus ; au lieu de rester localisés dans le voisinage de la papille, ils se sont propagés à tout le segment antérieur, à la choroïde et à l'iris. L'affection laissera donc des traces plus visibles dans le second cas que dans le premier. Au début de la maladie cependant, il ne semblait pas devoir en être ainsi. J'ai connu, en effet, cette fille, lorsque j'étais attaché à la clinique de l'hôpital Saint-Jean où elle a été en traitement. Elle présentait à ce moment des lésions absolument semblables à celles de la première malade ; la papille de l'œil droit était rouge, gonflée, les vaisseaux sinueux, les contours de la papille peu marqués ; en un mot, il y avait un neuropapillite avec des caractères un peu plus accentués que chez l'autre jeune fille. Sous l'influence d'un traitement énergique, consistant en application de ventouses d'Heurteloup, en frictions mercurielles, et injections de pilocarpine, la névrite avait disparu, et la malade avait pu reprendre ses études de chant. Elle m'est revenue maintenant avec une récidive de l'affection qui du pôle postérieur de l'œil s'est étendue en avant à l'iris. Elle a été en voyage tout un temps, et n'a pu se soigner, bien

qu'elle eût senti que sa vue diminuait ; il a fallu l'apparition de douleurs et surtout de rougeur à l'œil pour la décider à reprendre un traitement. La maladie sera cependant plus tenace que la première fois ; déjà l'iris est soudé au cristallin en différents points et sur la choroïde, on aperçoit, à travers les opacités du corps vitré, des plaques blanches annonçant l'évolution d'un processus d'atrophie. Le traitement que j'institue dans ce cas-ci sera le même que dans le premier, mais j'insisterai davantage sur les émissions sanguines ; au lieu de sangsues, j'appliquerai à différentes reprises une ventouse d'Heurteloup ; j'aurai recours à des instillations d'atropine ; à l'intérieur je donnerai de l'iodure de potassium et je ferai faire tous les jours une friction d'onguent mercuriel sur le front. Plus tard, lorsque les phénomènes aigus du côté de l'iris seront calmés, j'aurai recours à des injections sous-conjonctivales de sublimé et à des injections de pilocarpine. En combinant ces divers moyens, j'espère arriver encore à un heureux résultat et empêcher que cette jeune fille ne perde l'usage de son œil.

On peut, dans ces deux cas, attribuer l'affection oculaire aux troubles qui existent dans la menstruation ; rien dans l'examen des malades ne permet, en effet, d'expliquer l'apparition des symptômes oculaires que j'ai énumérés ; les seuls désordres que l'on peut constater ont leur siège dans les organes génitaux ; ces deux jeunes filles souffrent toutes deux de dysménorrhée. En même temps que le traitement local sera institué, tous les efforts devront tendre à obtenir un écoulement menstruel régulier, pour amener une guérison définitive et éviter une récidive. Chez la première jeune fille, j'ai, à cet effet, eu recours aux pilules d'aloès et de rhubarbe. Les règles sont revenues et aussitôt après, l'affection oculaire qui avait déjà commencé à s'améliorer par le traitement local, est entrée dans une période de régression totale. L'infiltration séreuse, la rougeur de la papille ont disparu, et la malade ne se plaint plus d'avoir la vue troublée.

La relation de ces deux cas m'amène à vous parler des troubles oculaires en rapport avec la menstruation. L'écoulement du flux mensuel détermine tous les mois chez la femme toute une série de modifications qui se manifestent avec une intensité variable dans les différents organes. A l'état normal, quand les règles revêtent une allure absolument régulière, on peut ranger les troubles qui surviennent, en trois groupes : des troubles vaso-moteurs, des troubles cérébraux et des troubles spinaux. Aucun organe, aucune partie du

corps, peut-on dire, ne se trouve à l'abri de certains changements, la plupart du temps très légers, il est vrai. L'œil participe à ces modifications, inappréciables quand les règles sont régulières, mais qui revêtent mille formes lorsque la menstruation est déviée de son type normal.

L'état de l'acuité visuelle et celui du champ visuel, au moment des règles, ont été étudiés par Finkelstein. Cet auteur a trouvé que la vision centrale ne change pas ; mais il se produit un rétrécissement du champ visuel qui commence 2 ou 3 jours avant les règles, atteint son maximum le troisième ou le quatrième jour de la menstruation et finit vers le septième ou le huitième. Le rétrécissement est plus accusé lorsqu'il existe en même temps des douleurs de tête, des battements de cœur, des symptômes nerveux, surtout lorsque la perte sanguine est assez abondante. Le rétrécissement existe non seulement pour le blanc, mais aussi pour le vert, le rouge, le jaune et le bleu. Dans 20 % des cas, la sensibilité pour le vert est altérée. La vision périphérique est donc troublée, tandis que la vision centrale reste pour ainsi dire intacte. En somme, dans la menstruation régulière, les troubles oculaires sont peu prononcés et les affections déterminées du côté des yeux sont rares. Signalons cependant l'apparition d'orgelets aux paupières chez certaines femmes bien réglées, la recrudescence de certaines kératites à chaque menstrue.

A l'état pathologique, les altérations du champ visuel deviennent beaucoup plus manifestes et varient d'après la nature de l'affection dont la femme est atteinte. Ainsi, lorsque l'écoulement de sang est peu abondant, accompagné de fortes douleurs, le rétrécissement du champ visuel devient très apparent. Il en est de même lorsqu'il y a absence d'écoulement à l'époque qui correspond au temps des règles. Dans la menstruation profuse, le champ visuel se rétrécit dans de plus fortes proportions encore. Les observations de Finkelstein sur les variations du champ visuel au moment des règles, se vérifient donc lorsque les règles sont normales, ou bien lorsqu'elles sont trop peu ou trop abondantes.

Si de l'examen du champ visuel, nous voulons passer à l'étude des affections oculaires elles-mêmes, nous distinguerons dans les anomalies de la menstruation, l'aménorrhée d'une part, la dysménorrhée de l'autre. L'aménorrhée proprement dite, c'est-à-dire l'absence complète de flux menstruel est excessivement rare ; les affections oculaires qu'elle provoque sont par cela même plus rares encore.

Mooren rapporte cependant un cas de l'espèce fort intéressant : Une paysanne, âgée de 28 ans, était atteinte depuis l'âge de 15 ans d'une kératite interstitielle qui toutes les 4 semaines présentait des exacerbations assez vives ; elle n'était pas réglée ; des emménagogues produisirent un peu d'écoulement de sang ; pendant une courte période, il y eut en même temps une rémission dans l'affection de la cornée ; mais bientôt l'aménorrhée reparut et avec elle la maladie oculaire accompagnée de ses exacerbations mensuelles.

Nous pouvons ranger ici également les menstruations viciées, les règles déviées, qui peuvent se produire du côté des yeux aussi bien que dans d'autres organes. De même que l'épistaxis, la gastrorrhagie, le flux hémorrhoïdal peuvent n'être que des règles déviées, de même des hémorrhagies peuvent se produire dans l'œil au moment de l'époque menstruelle. Certaines observations relatent même l'émission de larmes de sang au moment des règles. Il est à supposer qu'il s'agit simplement d'une rupture de vaisseaux de la conjonctive dont le sang se mêle à la sécrétion des glandes lacrymales.

La dysménorrhée est beaucoup plus fréquente que l'aménorrhée ; elle comprend le groupe le plus nombreux d'anomalies menstruelles, caractérisées tantôt par une menstruation peu abondante, tantôt par une menstruation profuse. La dysménorrhée est sous la dépendance de causes multiples ; souvent elle n'est que le résultat d'une maladie générale ; ou bien elle dépend d'une affection d'une partie quelconque de l'appareil génital : parfois elle provient de la combinaison de ces deux causes. Les congestions ovariques, l'ovarite, la périovarite les métrites de diverses formes, les déviations utérines, les malformations utérines, les endométrites peuvent toutes donner naissance à de la dysménorrhée.

Comme la dysménorrhée s'observe fréquemment, il ne sera pas étrange de constater que les troubles oculaires qui sont sous sa dépendance, se rencontrent assez souvent dans la pratique.

Cette relation entre les affections de la matrice et certaines maladies des yeux avait déjà frappé les anciens auteurs ; c'est ainsi qu'ils parlent d'une ophtalmie menstruelle et d'une amaurose menstruelle, sans que l'on puisse préciser exactement dans quel groupe des affections actuellement décrites il faille les faire rentrer. Certains même pensent que quelques cas cités comme amaurose menstruelle ne sont que des affections glaucomateuses ; le terme d'ophtalmie menstruelle était réservé pour les maladies de la paupière et de la conjonctive.

La dysménorrhée se rencontre assez souvent chez les jeunes filles et trouve alors son point de départ dans l'ovaire même ; il s'agit peut-être d'un défaut dans la maturation de l'ovule, d'une résistance qu'oppose le tissu propre de l'ovaire à la rupture du follicule de De Graaf, altérations sur la nature desquelles nous ne sommes pas encore fixés. D'autres fois, la dysménorhée est sous la dépendance d'un état général, tel que la chlorose ; la faiblesse générale de l'organisme se manifestera alors du côté des yeux par un défaut dans la contractilité musculaire ; il y aura des anomalies de l'accommodation, de la diplopie, du strabisme. Dans d'autre cas, la nutrition de l'œil sera atteinte; il se produira une iritis séreuse, une iridochoroïdite.

Il est évident que lorsque la dysménorrhée et l'affection oculaire dépendent d'une maladie générale, il faut instituer le traitement dans le but de guérir celle-ci. Si on arrive à cet heureux résultat, on voit l'affection oculaire guérir rapidement, et les récidives, si elles surviennent, seront traitées avec succès par des remèdes locaux.

La dysménorrhée, dépendant d'une maladie des organes génitaux, détermine du côté des yeux tantôt des troubles fonctionnels, tantôt des troubles circulatoires graves. Parmi les premiers, je signalerai l'affection décrite sous le nom d'*asthénopie neurasthénique* ou *hypéresthésie rétinienne* ou *hypéresthésie optique*. Les symptômes de cette affection sont la fatigue de la vue par le travail, parfois de la photophobie, des douleurs ciliaires, du larmoiement. Au bout d'un certain temps, l'hypéresthésie se transforme en anesthésie ; il se produit un rétrécissement concentrique du champ visuel, et en même temps une diminution dans l'acuité visuelle centrale.

La perception des couleurs est en général altérée. Il s'agit donc d'une amblyopie réflexe ayant son point de départ dans une maladie de l'utérus. Ainsi, dans les déviations utérines, il y a des tiraillements, des pressions anormales sur les nerfs qui agissent par voie réflexe sur les yeux ; c'est ainsi que l'on a expliqué l'apparition de l'hypéresthésie rétinienne. Cette maladie s'observe, en effet, dans l'antéflexion, la chute de la matrice. Dans les différents cas observés, la réduction du prolapsus ou de la déviation amenait toujours la guérison rapide de l'amblyopie réflexe. La métrite avec augmentation de volume de l'organe donne naissance à la même affection ; il en est de même de toutes les anomalies de l'utérus produisant des exsudats dans le tissu cellulaire riche en filets nerveux qui enveloppe la matrice. La sténose du col, l'ulcération du col déterminent aussi

l'hypéresthésie optique. On a constaté que lorsque la maladie utérine s'améliore, que l'exsudat se résorbe, l'affection oculaire subit des modifications rapides et guérit en même temps.

Lorsqu'il existe dans la matrice un processus d'inflammation chronique qui a déterminé la rétraction de l'organe et en même temps une compression constante des nerfs, on constate l'existence d'une maladie oculaire décrite par Foerster et Freund sous le nom de *kopiopie kystérique*. Les malades se plaignent surtout de photophobie et de douleurs périoculaires avec sensations de brûlure et de morsure sur les paupières ou dans le globe oculaire ; elles accusent la présence de corps étrangers dans le sac conjonctival.

Souvent il y a une recrudescence subite des symptômes, sans cause apparente, au moment de la menstruation ou bien sous l'influence d'une émotion morale. Il existe en même temps des douleurs qui s'irradient dans le dos, et souvent l'hypéresthésie s'étend au nerf acoustique et au nerf olfactif. Si l'on examine les yeux, on n'y trouve aucune altération, la vision centrale est intacte. Dans ces cas, on est presque toujours certain, si on examine les organes génitaux, de se trouver en présence d'une paramétrite chronique atrophique ; il s'agit en général de sujets âgés de 20 à 40 ans.

En dehors de ces troubles sans lésions, la dysménorrhée produit dans l'œil toute une série d'altérations organiques ; ce sont des choroïdites, des iritis, des iridochoroïdites, des hémorrhagies capillaires, des hyperhémies de la rétine et de la paille optique, des neuro-rétinites, des névrites rétro-bulbaires. Toutes ces affections ont leur point de départ dans la dysménorrhée ; on les voit s'améliorer et disparaître lorsque les règles ont repris leur cours normal. Il me serait difficile d'expliquer la cause intime du phénomène ; la voie réflexe peut nous aider à résoudre la question. Peut-être ne s'agit-il que d'un défaut dans l'élimination, avec le sang des règles, de certains produits organiques ; ces produits de la vie cellulaire des organes génitaux, retenus dans l'économie, exercent leur action nuisible sur les différents points de l'organisme ; si l'œil est un *locus minoris resistentiæ*, un lieu d'élection pour ces produits, c'est là qu'ils vont exercer leurs ravages et déterminer l'apparition des troubles dont j'ai fait la description.

(*Policlinique de Bruxelles*.)

NOUVELLES

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que le Dr Grondin vient d'être nommé Professeur de Gynécologie à la Faculté de Québec (Canada) et nous adressons nos plus sincères félicitations à notre savant et aimable confrère.

La seconde session du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra à Genève, en septembre 1895.

Les questions qui seront discutées sont :

1° Le traitement de l'Eclampsie ;

2° Le traitement chirurgical des Rétrodéviations ;

3° La fréquence relative des différents rétrécissements du Bassin chez les différents peuples ;

4° La meilleure méthode de suture des parois abdominales pour éviter l'éventration ;

5° Traitement des suppurations pelviennes.

VARIÉTÉS

UNE DÉFINITION DE L'AMOUR. — « L'amour est une entité émotive spécifique, consistant dans une variation plus ou moins permanente de l'état affectif et mental d'un sujet, à l'occasion de la réalisation — par la mise en œuvre fortuite d'un processus mental spécialisé — d'une systématisation exclusive et consciente de son instinct sexuel sur un individu de l'autre sexe. Le plus souvent, ce phénomène s'accompagne d'exaltation du désir (G. Danville). »

Ouf ! dans de telles conditions, ne vaut-il pas mieux le faire vingt fois que le définir une seule ?

LES DENTS ARTIFICIELLES EN AMÉRIQUE. — M. de Nansouty, dans *Le Temps* fait remarquer que s'il est agréable et même hygiénique de boire frais en été, par contre c'est une mauvaise chose que de croquer de petits morceaux de glace, comme on a le tort de le faire

dans certains pays. C'est en généralisant cette consommation que les habitants des Etats-Unis sont arrivés à avoir les plus mauvaises dents du monde. Ils s'en accommodent parfaitement d'ailleurs et se contentent de les remplacer par des dents artificielles, dont la fabrication constitue une des importantes industries américaines. Dans un avenir prochain, il est à prévoir qu'il sera de mauvais goût chez les Yankees de manger avec ses dents naturelles ; ce sera une marque d'indigence ou de sordide économie.

Une seule fabrique de New-York a vendu, paraît-il, huit millions de fausses dents l'année dernière. Une douzaine d'autres manufactures, d'importance variable, se livrent à cette même fabrication, et l'on peut évaluer à une vingtaine de millions peut-être par an le nombre de molaires, d'incisives et de canines en porcelaine qui sortent annuellement de ces usines.

Les matières premières employées sont le kaolin, le feldspath et le cristal de roche ; on « étonne » ces matières, c'est-à-dire qu'après les avoir chauffées au rouge, on les jette dans l'eau froide où elles se pulvérisent. Avec la poudre obtenue on fait une pâte que l'on moule et que l'on cuit au four. On recouvre les dents ainsi préparées d'émaux très délicats de teinte, afin d'harmoniser les produits avec quelques dents naturelles qui s'obstinent à demeurer dans les mâchoires américaines. Certains fabricants poussent l'ingéniosité jusqu'à simuler sur leurs dents artificielles de petits défauts destinés à compléter l'illusion. Le prix de revient d'une dent artificielle de bonne qualité varie de 1 fr. 50 et 1 fr. 80 ; on ne saurait, dans ces conditions, se refuser le luxe d'un ratelier en porcelaine.

La profession de dentiste est, cela va sans dire, des plus florissantes aux Etats-Unis ; l'aurification des dents avariées y fait une forte concurrence au remplacement par la porcelaine. Un statisticien a calculé que le poids d'or utilisé annuellement par les dentistes du Nouveau-Monde n'est pas inférieur à 800 grammes, ce qui représente la valeur respectable de deux millions et demi par an.

Tout ce précieux métal est, bien entendu, enterré avec les Yankees lorsqu'ils passent de vie à trépas. En supposant que cela dure pendant trois siècles, l'impitoyable statisticien en conclut que les nécropoles des Etats-Unis recéleront une valeur de 750 millions de francs en or fin, équivalente à celle de la monnaie d'or qui circule actuellement dans ce pays. L'esprit pratique des Américains de cette époque résistera difficilement à la tentation de mettre en exploitation cette

macabre Californie et il se montera de macabres usines pour l'extraction de l'or des mâchoires ancestrales.

—

LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE AU QUINZIÈME SIÈCLE. — La *Tribune Médicale* a découvert dans d'anciens mémoires un fait montrant que la laparotomie exploratrice remonte à une époque bien ancienne.

« Audit mois de janvier 1474, advint que un franc-archer de Meudon près Paris... fut condamné a estre pendu et estranglé au gibet de Paris nommé Montfaucon... En ce mesme jour fut remonstré au roy, par les médecins et chirurgiens de la dite ville, que plusieurs et diverses personnes estoient fort travaillés et molestés de la pierre, colicque, passion et maladie du costé, dont pareillement avait été fort molesté le dit archer... et qu'il serait fort requis de voir les lieux où les dites maladies sont concréees dedans les corps humains, laquelle chose ne paraît mieux être sceue que par inciser le corps d'un homme vivant ; ce qui paraît bien être foit en la personne d'ice lui franc-archer, qui aussi bien estoit près souffrir la mort. Laquelle incision et ouverture fut faite au corps du dit archer, et dedans icelui quis et regardé le lieu des dites maladies ; et après qu'il eut été vu, fu recousu, et ses entrailles remises dedans. Et fut par l'ordonnance du roy fait bien panser, et tellement que dedans quinze jours après il fut bien guery ; et eut remission de ses cas, sans despens ; et si lui fut donné avec ce argont. (Chronique de Jean de Troyes, an 1475.)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Quelques mots sur une variété d'entérite iliaque,** par le Dr A. MAYOR (Extrait de la *Revue de la Suisse romande*, juillet 1893.)

II. **Informe medico de las Salas de mujeres del hospital Misericordia (1893),** par el Dr ESTEBAN MOLLA CATALAN. La Plata, 1894.

III. **La médication sulfureuse et les eaux d'Enghien,** par le Dr FEUGIER. Coulommiers, 1894.

IV. **Statistique des opérations pratiquées au Mans en 1893,** par le Dr DELAGENIÈRE. Paris, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

123. — Traitement des Hémorrhagies. (LIÉGEOIS.) — Hémorrhagies de la ménopause :

1° Injections d'eau à 50° répétées 2 ou 3 fois par jour.

2° Sulfate de quinine huit décigrammes en 3 doses. C'est la médication d'urgence.

Médication préventive : Extrait fluide d'hydrastis canadensis, 80 gouttes par jour, pendant 3 mois au moins.

Si la malade accuse des coliques utérines (que l'ergot ne manquerait pas de lui donner), calmer ces douleurs en administrant 20, 30, 60 gouttes d'un mélange de teinture de piscidia et viburnum.

Dans les métrorrhagies liées à une névralgie lombo-abdominale primitive ou d'une névralgie utérine on prescrira l'hydrastis associé aux sédatifs :

Teinture d'hydrastis canadensis........	àà 5 gr.
Teinture de piscidia erythrina.........	
Teinture de viburnum prunifolium.....	
Teinture de chanvre indien...........	2 gr. 50.

Mêlez.

En prendre 20 gouttes trois ou quatre fois par jour.

Cette formule fait merveille dans les ménorrhagies par dysménorrhée des névrosiques, lymphatiques ou chlorotiques.

Hémorrhagies de l'Endométrite fongueuse : Curettage.

Hémorrhagies du Cancer : Curettage.

Hémorrhagies menstruelles ou intermenstruelles par corps fibreux implantés dans les parois de l'utérus et par polypes muqueux ou folliculeux insérés à la face externe : Ergotine en injections hypodermiques.

Puis, l'hémorrhagie conjurée, administrer 80 gouttes par jour d'Extrait fluide d'hydrastis, pendant 3 mois sans interruption.

Métrorrhagies par hypercongestions utérines secondaires liées à l'ovarialgie, administrer :

Teinture d'hydrastis....................	}	ãã 5 gr.
Teinture de piscidia erythrina...........	}	
Teinture de viburnum prunifolium......	}	

20 gouttes trois ou quatre fois par jour.

* * *

124. — Vaginisme. (MONIN.)— Prescrire des lavements et injections froides, et des suppositoires de 5 à 6 centimètres de longueur, avec :

Beurre de cacao..................	4 grammes.
Extrait de ratanhia.................	0 gr. 30.
— de belladone...............	0 gr. 10.
Chlorhydrate de cocaïne...........	0 gr. 25.
Bromure de potassium.............	0 gr. 30.
Essence de rose....................	V gouttes.

M. S. A.

Des bains, l'air pur, un bon régime, le bromure de potassium compléteront la guérison.

* * *

125. — Vaginisme ou vulvisme. (MARTINEAU.) — Martineau conseille les lotions d'eau de pavot et de jusquiame additionnée de 3 p. 100 d'hydrate de chloral, et la dilatation graduelle au moyen d'éponges préparées imbibées de pommade à l'iodoforme.

Lotions vaginales avec l'eau de goulard ; exciser l'hymen. Dans les cas rebelles, dilater brusquement le vagin après anesthésie.

Bromure de potassium...... 2 grammes par jour.

Applications locales d'iodoforme pulvérisé et de cocaïne. Excision des caroncules myrtiformes.

(*Formulaire du Dr Monin.*)



126. — Le menthol dans les affections prurigineuses de la vulve. — Les propriétés antiprurigineuses du menthol sont maintenant bien connues, mais il y a quelques difficultés pour l'appréciation des doses nécessaires qui ont jusqu'ici un peu limité son emploi. Le Dr Colombini, cité par les *Annales des maladies des orga-*

nes génito-urinaires, se loue beaucoup de son usage dans de nombreux cas d'eczéma du scrotum, de la vulve, etc.

Les formules employées ont été :

1° Menthol	5 à 10 grammes.
Alcool	100 gram.
2° Menthol	10 grammes.
Huile d'amande douce	100 gram.
3° Oxyde de zinc / Amidon en poudre	āā 25 grammes.
Vaseline	50 gram.
Menthol	0.50 centigr. à 3 gram.
4° Oxyde de zinc / Sous-nitrate de bismuth	āā 10 grammes.
Menthol	1 à 3 gram.
Poudre d'amidon	30 gram.

Sur les surfaces excoriées, on devra préférer le liniment à la solution alcoolique. De plus, pour l'application sur les muqueuses, la proportion de menthol devra être un peu diminuée pour ne pas provoquer la sensation de brûlure.

***

127. — Un traitement de la coqueluche. — C'est celui que M. Liebermeister recommande :

1° Pendant la *période catarrhale* : repos au lit et administration, par cuillerée à café, toutes les deux heures, de la potion suivante :

Soufre doré d'antimoine	0 gr. 50
Mucilage de gomme	20 grammes.
Eau distillée	50 —
Sirop simple	20 —

2° Dans la *phase convulsive* : inhalations avec la solution de phénate de soude, de bromure de potassium ou de salicylate de soude, potion à la cochenille et au carbonate de potasse. Combattre les accès de toux par les narcotiques (opium), les anesthésiques (morphine), ou les inhalations de 10 à 20 gouttes sur un mouchoir du mélange suivant :

Ether sulfurique	4 parties.
Essence de térébenthine	1 —

Il prescrit encore la quinine et, dans la journée, *deux à six* cuillerées à thé d'une potion ainsi composée :

Extrait de belladone...............	0 gr. 50
Sirop d'ipécacuanha...............	25 grammes.
Vin stibié........................	10 —
Eau distillée.....................	150 —

3° Renouvellement de l'air, déplacement et séjour à la campagne.



128. — Un procédé de massage dans les rétroflexions utérines avec adhérences. — En présence d'un utérus immobilisé en rétroflexion par des adhérences, un gynécologiste suisse, M. le docteur Stocker (de Lucerne), recommande d'employer le procédé de traitement suivant, qui serait aussi efficace qu'exempt de danger :

Une sonde soigneusement garnie d'ouate imbibée d'une solution phéniquée à 5 % est introduite dans la cavité de l'utérus après que celui-ci a été abaissé dans le spéculum au moyen de la pince à griffes. Ayant ensuite enlevé la pince et le spéculum, on redresse l'utérus avec précaution et, autant que les adhérences le permettent, en imprimant doucement à la sonde un mouvement de rotation et en abaissant en même temps le manche de l'instrument. L'autre main de l'opérateur sent alors distinctement, à travers les parois abdominales, les adhérences qu'il peut masser facilement en pratiquant avec douceur des frictions circulaires. Si les adhérences sont molles, une seule séance suffit parfois pour redresser l'utérus et pour le maintenir dans cette nouvelle position au moyen d'un pessaire. Mais, habituellement, un assez grand nombre de séances sont nécessaires pour atteindre ce but.

L'emploi d'une sonde garnie d'ouate et rendue antiseptique par l'acide phénique écarterait, d'après notre confrère, tout danger d'infection ainsi que de lésion traumatique de l'utérus. Cette méthode présenterait encore sur les autres procédés de massage, dans les rétroflexions utérines avec adhérences, l'avantage d'être moins douloureuse et de pouvoir être appliquée sans difficulté même chez les femmes dont les parois abdominales, épaisses et résistantes, ne permettent pas, dans les conditions habituelles, de sentir distinctement les limites de l'utérus et ses adhérences. (*La Semaine méd.*).

⁂

129.— Solution galactologue. (M.-A. Harkin.)

Chlorate de potasse.....	28 gr.
Eau..................................	600

F. s. a. — A prendre deux cuillerées à bouche trois fois par jour avant les repas.

D'après M. Harkin (de Belfast), la sécrétion lactée augmenterait dès le début de cette médication, souvent dans les vingt-quatre heures.

(*Courrier médical.*)

***

130. — Opium par le rectum contre l'avortement. — Dans un cas de menace d'avortement chez une femme enceinte de quatre mois, Arstein prescrivit d'injecter dans le rectum, à plusieurs reprises, quinze gouttes de teinture d'opium : le troisième jour après l'institution du traitement, occlusion du col utérin, situation élevée de l'œuf, occlusion de l'hémorrhagie et des douleurs.Pour obtenir l'effet désiré, on répétera à plusieurs fois les injections rectales d'opium à dose élevée.

(*Gazette de Gynécologie.*)

***

131. — Dysménorrhée.

Acétate d'ammoniaque liquide..........	30 gr.
Teinture de piscida érythrina...........	āā 8 gr.
Teinture de valériane	

De une à trois cuillerées à café.

(A administrer chaque jour, huit à dix jours avant les règles.)

(*Gazette de Gynécologie.*)

***

132.— L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse. — Dans quatre cas successifs de vomissements dits incoercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le docteur P. Felarow (de Kharkow), a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pres-

sion sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitabilité des centres vaso-moteurs du tube gastro-intestinal.

***

133. — Traitement des hémorrhoïdes par les sulfureux. — Pour obtenir la régression des tumeurs hémorrhoïdales, M. von Boltenstern recommande l'emploi du soufre, non pas à cause de son action légèrement laxative, mais à cause de ses effets généraux. Il conseille de prendre chaque jour dans un verre d'eau une cuillerée à café de la solution suivante :

Eau distillée..............	30 grammes.
Sulfure de potassium......	0 gr. 03 centigr.

Dans un cas qu'il rapporte, un noyau hémorrhoïdaire du volume d'une noisette disparut complètement en l'espace de quinze jours.

Si l'auteur n'a que cette observation à publier à l'appui de l'efficacité du traitement qu'il préconise, elle ne saurait avoir une grande valeur, puisque, dans l'espace de quinze jours, la plupart des poussées hémorrhoïdales disparaissent d'elles-mêmes, sous la seule influence du repos.

***

134. — Traitement de la dyspepsie gastro-intestinale des nouveau-nés. — S'inspirant de la pratique de son maître M. Budin, M. Damourette propose, dans sa thèse, d'employer les moyens suivants pour combattre la dyspepsie gastro-intestinale des nouveau-nés :

Désinfection du tube digestif par le calomel, à la dose quotidienne, de cinq centigrammes, en deux ou trois prises successives, mais séparées par un intervalle d'une heure.

De plus, benzo-naphtol à la dose quotidienne de un gramme divisée en paquets de dix centigrammes. Administrer chaque prise en solution dans du lait.

Lavements avec l'eau boriquée tiède à 4 p. 100.

De plus, faire ingérer, un quart d'heure avant chaque repas une cuillerée à café de la potion suivante :

Pepsine................	0,50 centigr.
Acide chlorhydrique....	V gouttes
Julep gommeux........	60 gr.

Grogs, trois à quatre cuillerées par jour ; rhum, deux à trois gouttes par tétée.

Comme moyens extérieurs, employer le lavage de l'estomac avec l'eau bouillie et l'eau de Vichy, deux heures environ après chaque tétée, pour éviter l'obstruction de la sonde par des grumeaux de lait caillé.

* * *

135. — De l'éclampsie puerpérale. — Voici la formule de M. le professeur Tarnier pour le traitement de l'éclampsie : saignée abondante (3 à 400 gr.), régime lacté absolu, purgatifs drastiques, et s'ils n'agissent pas, lavements avec une goutte d'huile de croton, plusieurs jours de suite, et chloroforme en inhalations, de préférence au chloral, trop rapidement éliminé à cause de l'emploi des purgatifs drastiques.

La saignée sert indirectement à formuler le pronostic. Avec le sérum du sang de la saignée on injecte des lapins. Or, suivant que, dans les expériences, l'animal est tué avec 8, 6, 4 et même 3 grammes de sérum par kilogramme, on a la preuve expérimentale que le sang est plus ou moins toxique, et, partant, le pronostic est plus grave.

(*La Presse Médicale*, 10 mars 1894.)



136.— Le séneçon, son emploi comme emménagogue. — Le docteur W. Murell, du Westminster Hospital de Londres, a eu l'occasion d'employer le séneçon vulgaire et a pu se convaincre que cette plante qui, dans certaines contrées d'Angleterre, a la réputation d'être un emménagogue puissant, est vraiment un excellent remède contre les aménorrhées dites fonctionnelles, surtout contre celles qui surviennent sous l'action du froid et à la suite d'un accouchement.

Il administre le médicament sous forme de teinture à la dose de 4 à 8 grammes répétée trois à quatre fois par jour ou bien sous forme d'extrait fluide dont on fait prendre 30 gouttes également trois ou quatre fois dans la journée. Ce traitement suffirait généralement pour rétablir la menstruation au bout de dix à quinze jours et n'exercerait aucune action nocive sur la digestion ou sur les autres fonctions de l'organisme.

Ce médicament augmenterait aussi le flux menstruel dans les cas

où il n'est pas assez abondant. Enfin, il calmerait les troubles dysménorrhéiques et dissiperait la céphalalgie dont beaucoup de femmes souffrent pendant leurs règles.

(*Gaz. de Gyn.*)

⁂

137. — Suppositoires contre la douleur de la cystite. — Ils sont employés par M. Guyon à l'hôpital Necker, comme calmants, dans les cas de cystite tuberculeuse :

Extrait de belladone	ââ 0.01 centigr.
Extrait d'opium	
Iodoforme....................	0,05 —
Cire.........................	1 gramme
Beurre de cacao..............	3 —

F. s. a. Pour un suppositoire.

Pendant l'action thérapeutique de ce remède et la sédation qui suit son emploi, la vessie devient plus tolérante et on peut pratiquer les instillations antiseptiques ou autres.



138. — Sur le traitement de la coqueluche. — M. le Dr G. Variot, médecin des hôpitaux, fait connaître le traitement très simple qu'il a adopté contre cette affection et dont il a retiré les meilleurs résultats. Il conseille de donner trois fois par jour, le matin, à midi, le soir, une cuillerée du mélange suivant dans un peu de lait sucré :

Eau distillée	250 grammes
Bromure de potassium...........	8 —
Teinture de valériane............	8 —

Administrer trois cuillerées à café de cette solution aux bébés, à dessert aux enfants de deux à cinq ans, à soupe aux enfants de cinq à dix ans. Une heure après l'administration de la solution mixte de bromure et de valériane, il donne exactement aux mêmes doses le sirop de térébenthine.

Cette médication agit comme balsamique sur la sécrétion bronchique par la térébenthine, et comme antispasmodique par le bromure et la valériane. Lorsque les râles deviennent confluents dans la poi-

trine, il donne la poudre d'ipéca à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme le matin pour évacuer les mucosités bronchiques.

L'hygiène des coquelucheux doit occuper une grande place dans le traitement. M. Variot conseille de faire vivre les enfants au grand air, à moins d'accidents broncho-pulmonaires sérieux, et en hiver le changement de climat si les conditions sociales le permettent.

Le coquelucheux doit être alimenté d'une manière spéciale. Il doit faire des repas fréquents, fractionnés, peu abondants ; l'alimentation doit être riche en albuminoïdes et animalisée (œufs, viande crue, jus de viande), on doit y joindre quelques préparations toniques, tels que le vin de quina, le sirop de lacto-phosphate de chaux. (*J. de clin. et de thérap. infantiles*, 22 mars 1894.)

***

139. — Traitement de la métrite aiguë.

Chloral	} ãã 10 gr.
Naphtol	
Alcool	
Eau	190 —

Une cuillerée à soupe par litre d'injection chaude (40°). Les injections doivent être données la malade étant couchée.

Après chaque injection, placer sur le col un tampon d'ouate hydrophile imbibé de :

Glycérine	30 gr.
Iodoforme	} ãã 1 gr.
Chloral	

Les ovules médicamenteux à l'iodoforme ou au salol sont d'un emploi plus facile et les malades peuvent les introduire sans douleur.

Les vésicatoires sur le ventre sont indiqués lorsque la douleur est très vive et qu'on craint une extension péritonéale de la phlegmasie.

Ils ne devront pas rester en place plus de 8 à 10 heures.

Dans les cas moyens, je préfère les applications de compresses de flanelle imbibées d'essence de térébenthine ou d'alcool et recouvertes de taffetas gommé.

(*Gaz. des hôpitaux de Toulouse.*)

***

140. — Emploi de l'hydrastinine dans les hémorrhagies utérines, par le Dr V. Cocq (de Bruxelles). — *Conclusions* : L'hydrastinine rend de réels services dans les hémorrhagies liées :

1° A la puberté, à la ménopause, à l'hémophilie, sans lésion de l'utérus.

2° Aux congestions de l'organe dues à un processus pathologique de voisinage ; dans ce cas le praticien traite l'affection primitive comme il convient.

3° Aux inflammations de l'utérus, sauf à l'endométrite fongueuse.

4° Aux tumeurs fibreuses de l'utérus : le praticien se réserve d'intervenir plus efficacement, si l'hémorrhagie persistait longtemps ou s'il se présentait des symptômes pénibles de compression.

Au contraire, l'hydrastinine est inefficace dans les métrorrhagies qui sont dues :

1° A la rétroflexion : la réduction de l'utérus suivie de l'application d'un pessaire de Hodge ou l'hystéropexie, en cas d'adhérences, s'imposent ici.

2° A l'endométrite fongueuse qui relève essentiellement du curettage.

3° A la rétention de débris placentaires qui est justiciable de la même intervention.

4° Enfin, à la subinvolution de l'utérus, qui réclame plutôt l'administration de l'ergotine et des douches chaudes. Certains cas d'atonie utérine ne peuvent être traités avec succès que par le courant électrique constant.

L'hydrastinine s'administre en injections hypodermiques ou en pilules, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.

(*La Clinique de Bruxelles.*)



141. — Traitement de la blennorrhagie par l'ichthyol (Colombini) chez la femme. — L'ichthyol a une action antiblennorrhagique incontestable; cette substance a l'avantage d'être bien tolérée par la muqueuse uréthrale.

Chez la femme, la vulvite guérit très rapidement par l'application de tampons imbibés d'une solution d'ichthyol à 5 ou 10 p. 100 ; la vaginite s'améliore très rapidement par l'emploi de ces tampons, ou de

badigeonnages avec la même solution, ou de pommade à 10 ou 15 p. 100 ; l'uréthrite par les injections de solution glycérinée à 5, 8, ou 10 p. 100 ; la métrite cervicale par l'emploi de tampons imbibés de solution glycérinée à 10 p. 100.

***

142. — Le lactate de cocaïne dans le traitement de la cystite. (WITTZACK.) — Ce nouveau dérivé de la cocaïne n'a été appliqué jusqu'à présent qu'au traitement de la cystite tuberculeuse. L'auteur avait pour but de prévenir les douleurs qu'occasionne l'acide lactique appliqué au traitement de la cystite. Voici la formule que ce préconise Witztack :

Lactate de cocaïne		2 gr.
Acide lactique	} àà	10 gr.
Eau distillée ou bouillie	}	

Voici comment s'emploie ce mélange : après avoir vidé et lavé la vessie on applique sur les points où siège le néoplasme à l'aide d'une sonde spéciale environ un gramme du mélange. Ces applications, ainsi faites, ne sont pas très douloureuses et peuvent être répétées tous les 3 ou 4 jours.

***

143.— Emploi de la cocaïne pour la suppression de la sécrétion lactée.— Le *Lyon médical* indique, d'après le *Bulletin médical du Nord*, le procédé suivant préconisé par M. le D[r] Joire. Le professeur de Lille avait observé, comme d'autres accoucheurs, que la cocaïne employée dans les cas de crevasse douloureuse du mamelon, avait l'inconvénient de diminuer la sécrétion lactée, c'est ce qui lui a donné l'idée de l'employer d'une façon régulière, dans le cas où l'on veut supprimer complètement cette sécrétion.

M. Joire emploie une solution de cocaïne à 5 pour 100 ainsi formulée :

Chlorhydrate de cocaïne	5 grammes.
Eau distillée	50 grammes.
Glycérine	50 grammes.

Cette solution est appliquée avec un pinceau doux cinq à six fois par jour sur les deux mamelons. La suppression de la sécrétion est obtenue dans un délai variant de deux à six jours. Jamais aucun in-

convénient de l'emploi de ce moyen en raison de la faible surface badigeonnée.

La cocaïne, en produisant l'anesthésie du mamelon, en empêche l'érection qui, suivant M. J. Joire, favorise et entretient la sécrétion lactée.

***

144.— Traitement de l'hémoptysie chez l'enfant. (Cadet de Gassicourt.) — Repos absolu dans la station assise. Défense de parler ou de tousser. Ventouses sèches ou sinapismes sur la poitrine. Applications froides aux mains. Lait glacé.

Alun en poudre................	0 gr. centigr.
Eau de Rabel..................	XV gouttes.
Extrait de ratanhia.............	2 grammes.
Sirop de rose................ } ââ	30 grammes.
— de cachou.............. }	
Infusion de roses rouges.........	160 grammes.

Par cuillerées à dessert de demi-heure en demi-heure.

Perchlorure de fer...............	0 gr. 40 à 1 gr.
Sirop de cannelle................	30 grammes.
Eau distillée....................	100 grammes.

Par cuillerées à bouche toutes les demi-heures.

Ergotine......................	1 gramme.
Sirop de ratanhia...............	30 grammes.
Eau distillée....................	100 grammes.

Par cuillerées à dessert toutes les heures.

Hémoptysie grave :

Sirop d'ipéca....................	30 grammes.
Poudre d'ipéca..................	0 gr. 30 centigr.

Par cuillerées à café ou à dessert toutes les cinq minutes jusqu'à effet vomitif.

***

145. — Traitement des éphélides confluentes des masques de la grossesse, acnés rosacées rebelles. (Van Horn.) — Plusieurs fois par jour on frictionne l'étendue cutanée avec une pommade composée de :

Résorcine	40	gr.
Oxyde de zinc	10	—
Silice pure et anhydre	2	—
Axonge	20	—
Huile d'olive	8	—

Au bout de trois à quatre jours, la peau se parchemine et se gerce. On applique alors le pansement suivant :

Grénétine blanche	4	gr.
Oxyde de zinc	3	—
Glycérine à 30° pure	5	—
Eau distillée	8	—

Cette colle gélatineuse doit être appliquée chaude et recouverte ensuite d'une petite quantité d'ouate.

En peu de jours, l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle et peut être enlevée facilement avec le pansement, à condition de la couper avec des ciseaux tout le long de la ligne médiane.



146. — Crayons et Pommade contre la métrite. (Kricka.)

Aristol	10 grammes.
Gomme arabique pulv	90 —

F. S. A. — Dix crayons semblables qui doivent mesurer chacun 5 centimètres de longueur, et que l'on emploie dans le cas d'endométrite, de métrite ulcéreuse et de paramétrite.

La pommade est composée de :

Aristol	4 grammes.
Axonge purifiée	4 —
Lanoline	32 —

On en enduit des tampons de ouate que l'on introduit dans le vagin.



147. — Traitement chirurgical des déplacements en avant de l'utérus. (C.-A. Reed, *Annals of Gynæcol. and Pædiatry*, *Society proceedings*, avril 1892.) — Quand les déplacements en avant de l'utérus deviennent assez prononcés pour déterminer

des accidents pathologiques, l'art se trouve bien souvent impuissant, et les ressources purement médicales sont de peu d'importance. Par traitement chirurgical, il faut entendre toute intervention autre que les pessaires, les tampons ou l'électricité. Cette intervention devra tendre à l'ablation, quand elle est possible, des parties malades et au retour des organes déplacés dans leur situation première. Aussi l'auteur attire-t-il l'attention sur le rapport étiologique qui existe entre l'antéflexion et la contracture des ligaments utéro-sacrés, sur la possibilité d'atténuer ce dernier état par des moyens conservatifs tels que le repos, la déplétion pelvienne et des manipulations appropriées; sur la possibilité de faire disparaître la dysménorrhée et la stérilité qui lui est consécutive, à l'aide de l'opération plastique qu'il a décrite ; enfin, sur l'inutilité de la dilatation forcée dans ces cas, laquelle ne peut assurer une cure permanente.

(*Gaz. de Gynécologie.*)

⁂

148. — Pilules contre l'aménorrhée.

Bichlorure de mercure............	ãã	0 gr. 15
Arsénite de soude................		
Sulfate de strychnine...............		0 gr. 10
Carbonate de potasse..............	ãã	2 gr. 70
Sulfate de fer....................		

P. f. s. a. pilules n° 60.

S. — A prendre *une* pilule après chaque repas.

⁂

149. — Traitement de l'impuissance sexuelle de la femme. (HAMMOND.)

Extrait de chanvre indien......	ãã	2 grammes.
Extrait de noix vomique.......		
Extrait aqueux d'aloès..........		60 centigr.

Mêlez et divisez en 100 pilules. — Deux ou trois par jour.



150. — Traitement d'une attaque de convulsions infantiles. — M. Jules Simon conseille d'adopter la conduite suivante :

1° Dégager le tube digestif, soit par un laxatif, soit par des titillations de la luette provocatrices de vomissements ;

2° Si l'attaque continue : inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir ;

3° Administrer par cuillerées dans les vingt-quatre heures et en lavements, à défaut de la voie buccale la potion antispasmodique ainsi formulée :

Hydrate de chloral............... } Bromure de potassium.......... }	ââ 1 gramme
Sirop de codéine.................	X gouttes
Teinture de musc.............. } Alcoolature de racine d'aconit... }	ââ X gouttes
Eau de fleur d'oranger...........	100 grammes

4° Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsion sur la nuque ou au besoin sur l'épigastre par un vésicatoire de petites dimensions et laissé en place trois heures seulement. Cet emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme.



151. — Subinvolution utérine. *Pilules.*

Sulfate de strychnine.........	1/4 milligramme.
Sulfate de quinine...........	1 décigramme.
Ergotine....................	5 centigrammes.

Pour une pilule. — Une chaque jour.

FORMULAIRE

—

De la pommade salicylée dans le traitement de la névralgie lombo-abdominale, chez les arthritiques.

(Jules Chéron.)

Nous avons déjà eu l'occasion de préconiser l'emploi d'une pommade à l'acide salicylique dans le traitement de la névralgie lombo-ab-

dominale symptomatique des affections utérines et d'insister sur l'utilité de cette médication chez les arthritiques.

La formule que nous avons donnée, à cette époque, était la suivante :

Acide salicylique en poudre fine..........	10 gr.
Camphre réduit par l'éther..............	6 gr.
Axonge................................	60 gr.

Cette pommade est employée, en frictions douces, sur la région lombo-sacrée et amène rapidement la sédation de la névralgie lombo-abdominale. Elle peut même rendre de grands services dans le traitement de la dysménorrhée avec diminution de l'écoulement menstruel, mais elle est contre-indiquée par l'existence de ménorrhagies même légères, car, aussi bien que le salicylate de soude administré par la voie gastrique, elle augmente notablement l'hémorrhagie cataméniale.

M. Bourget (de Lausanne) vient de nous donner l'explication de ce fait en démontrant que l'acide salicylique s'absorbe très bien par la peau et qu'on en retrouve la présence dans l'urine cinq à six heures après l'application.

Voici, à titre de renseignement, la formule employée par M. Bourget (de Lausanne) pour le traitement externe du rhumatisme articulaire aigu :

Acide salicylique.......................	10 gr.
Lanoline...............................	10 gr.
Essence de térébenthine.................	10 gr.
Axonge................................	80 gr.

Cette formule serait applicable, dans les mêmes conditions que celle que je rappelais tout à l'heure ; elle présente les mêmes contre-indications. Une expérimentation suivie pourrait seule nous dire laquelle des deux formules doit être préférée, comme étant plus rapidement efficace.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LA FOLIE CONSÉCUTIVE AUX OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

(*Suite*)

Dr Dewandre. — Je connais un cas à peu près semblable : il s'agit d'une femme de 40 ans, hystérique avérée, présentant des symptômes de névralgie pelvienne intense et des symptômes nerveux multiples, au point qu'elle en arriva à être à peu près folle. On proposa l'hystérectomie qui fut pratiquée : un ovaire fut laissé en place. — L'opération ne produisit aucune amélioration dans l'état mental.

Dr Popelin. — Les auteurs et M. Jacobs, tantôt, ont expliqué ces cas par des facteurs multiples : choc, chloroformisation ou éthérisation, ou enfin intoxication septique à allures particulières. Pour le choc je comprends qu'une opération sur l'œil produise ce retentissement, à cause du rapprochement des centres nerveux supérieurs, mais, à mon sens, cette explication ne peut être admise par les opérations pelviennes ; le choc est tout à fait nul après l'hystérectomie. Je pense que la chloroformisation doit souvent être seule incriminée et que l'on doit admettre que chez certains sujets prédisposés, ou chez lesquels l'élimination se fait à peine, il y ait une sorte d'intoxication chloroformique prolongée, à effets plus ou moins durables suivant l'intensité des lésions produites dans la cellule nerveuse par cette intoxication. J'ai vu un cas de manie surgissant après curettage d'un simple lupus sous le chloroforme.

Dr Jacobs. — Sans donner ici au mot choc sa signification ordinaire, on peut appeler ainsi une dépression des forces due par exem-

ple à la perte de sang. Un élément dont il faut tenir compte aussi est l'influence psychique produite chez toute femme par le simple projet d'opération.

Dr Walton. — Il est d'observation ancienne que les affections génitales retentissent sur le moral et les centres nerveux, témoin les folies puerpérales. J'ai dans le temps, opéré une jeune fille atteinte de mutisme depuis 5 ans : ce mutisme disparut après la cure d'une sténose utérine. J'ai constaté également, chez une gouvernante allemande, une sténose du col avec aphonie : ici aussi une simple dilatation à la laminaria (je n'employais pas encore en ce temps alors mon dilatateur métallique) suffit pour faire revenir la voix.

Dr Jacobs. — C'est un fait connu aussi que les accès de folie chez les folles furieuses sont beaucoup plus fréquents au moment de la menstruation.

Dr Boulengier. — On me demande mon avis sur cette question, mais je ne saurais répondre ex abrupto n'ayant pas entendu le commencement de la communication de M. Jacobs. Dans le cas que j'ai opéré, il s'agit d'une jeune fille de 30 ans internée depuis 14 ans, et devenue pour ainsi dire, si ces termes n'étaient pas contradictoires, devenue idiote : Hébétude complète, ne répond pas aux questions, je m'aperçus un jour que le ventre augmente et diagnostiquai à l'examen un kyste ovarique. En 6 semaines ce kyste, du volume des deux poings, augmenta du double. Le 30 août de l'année dernière, nous l'opérâmes ; le kyste contenait de 10 à 12 litres de liquide. L'ovaire du côté opposé fut laissé en place. A la suite de l'opération se produisit un changement radical dans l'état mental, au point qu'au bout de 6 semaines, on fut sur le point de la reprendre chez elle ; mais petit à petit, elle est revenue à son état antérieur, bien qu'il y ait moins de violence dans ses actes.

Je crois que cette amélioration est due simplement à la concentration momentanée des idées sur un seul objet : l'opération ; il y a là une attention soutenue qui détourne la malade du courant ordinaire de son esprit.

Un autre cas que j'ai observé corrobore cette manière de voir : un homme, interné depuis 2 ans, maniaque, considéré comme incurable, fut mordu par un de ses compagnons d'asile, à la suite de taquineries. Il y eut, malgré le pansement antiseptique, production d'un phlegmon consécutif : on l'incisa, mais la plaie s'ulcéra et exigea de nombreux pansements consécutifs ; le malade y porta toute

son attention ; fréquemment il parlait de sa blessure, elle l'absorbait tout entier : petit à petit la guérison de l'état mental survint, et actuellement elle s'est maintenue depuis 2 mois.

Au surplus, je dirai qu'un facteur qu'on ne découvre pas toujours, mais qui existe fréquemment dans le genre des folies post-opératoires, est l'alcoolisme.

Dr Van Hassel. — J'ai observé, dans ma clientèle, un certain nombre de cas de folie, aussi curieux par leur cause que par leurs symptômes variés et leur terminaison. Leur moment d'apparition fut en rapport constant avec l'acte opératoire qui venait d'être accompli.

D'abord, ce fut chez une jeune femme de 25 ans, bien portante jusque là, vive et nerveuse, sans antécédents spéciaux, en dehors de toute influence mentale héréditaire. Elle était mère d'un enfant de 6 ans, quand elle eut une fausse couche accidentelle, alors qu'elle était enceinte de 3 mois. Cet accident fut le point de départ d'une métrite fongueuse avec métrorrhagies, métrite qui nécessita un curettage.

Déjà, quand je lui parlai de cette intervention, cette malade ressentit un vif sentiment d'appréhension et de frayeur. Elle n'hésita pourtant pas longtemps à accepter ce que je lui proposai, et elle supporta les divers temps de l'opération, anodine, somme toute, courageusement et quasi sans douleur, quoiqu'elle ne fût pas mise sous le chloroforme.

Les suites furent normales ; les résultats locaux se manifestèrent rapidement ; mais, le sentiment de frayeur précédemment ressenti avait fait place à de l'anxiété intolérable. Ses parents constatèrent chez elle de la bizarrerie dans le caractère et de la mobilité dans l'humeur. Elle se mit à entretenir toutes ses voisines, et jusqu'à des personnes étrangères, d'elle-même, de son affection, de l'opération qu'elle avait subie, et elle exprimait sans cesse la conviction qui la possédait, qu'elle ne se rétablirait jamais complètement. Elle racontait ses terreurs, dans un langage passionné, et dépeignait, en les augmentant par d'inconscients mensonges, la violence de ses douleurs. Puis au milieu d'appréhensions toujours grandissantes, il se produisit intermittemment de la perversion dans ses facultés affectives, une tendance exagérée à tout rapporter à elle-même : bref, ce fut le développement d'une obsession maladive d'ordre psychique.

L'état général était excellent. L'appétit était capricieux, réglé

ple à la perte de sang. Un élément dont il ...e ses pensées. Les
est l'influence psychique produite che... ...amons ne présentaient
projet d'opération. ...sions utérines étaient en

Dr WALTON. — Il est d'observat...
nitales retentissent sur le mor... ...mnies continues, des hallucina-
folies puerpérales. J'ai dar... dont le siège se déplaçait, mais qui
de mutisme depuis 5 an... ...ne d'intensité du côté du bas-ventre.
sténose utérine. J'ai r... ...plus variées restèrent sans effet. La malade
mande, une sténo... ...ter l'église avec une assiduité exagérée, et à se
tation à la lami... ...pratique régulière et continue de tous les exercices reli-
mon dilatate... ...trouver ainsi un soulagement à ses douleurs sans
Dr JACO... ...caractère s'assombrit de plus en plus.
les foll... ...Un jour, elle empêcha son mari d'aller à sa besogne ; elle l'em-
mer... ...l'a Mons. Pour lui complaire, l'homme se plia à tous ses capri-
...Elle le conduisit dans une église, le fit se confesser, et se con-
fessa également. Puis il rentrèrent chez eux, le mari heureux de
voir sa femme calme comme elle ne l'avait plus été depuis long-
temps.

Mais c'étaient là les préparatifs que, dans sa folie religieuse, la pauvre malade avait jugés nécessaires avant le crime dont elle allait se rendre coupable.

La nuit vint, et, vers deux heures du matin, quand la malheureuse jugea son mari suffisamment endormi, elle saisit une hachette qu'elle avait fait aiguiser, deux jours auparavant, sous prétexte de couper du bois, et elle lui fendit le crâne. Réveillés par les cris de la victime, les parents accoururent ; la folle s'échappa de leurs mains, et s'alla jeter dans un puits d'où on la retira morte.

Quelque temps après, j'eus à donner mes soins à une femme de 52 ans, vigoureuse encore, mère de trois enfants, et sans antécédents héréditaires. Cette personne avait un prolapsus utérin quasi-complet, ainsi qu'une ancienne déchirure périnéale. La partie prolabée en-dessous de la vulve s'ulcérait. Une intervention était nécessaire. Je fis les plastiques vaginaux que je jugeais suffisants dans ce cas ; colporrhaphies antérieure et postérieure, et périnéorrhaphie. L'anesthésie locale fut faite avec le coryleur. L'opération fut suivie de succès. Mais ici, comme dans le cas précédent, la crainte de complications graves détermina des symptômes caractéristiques de dépression morale. L'opérée, femme autrefois courageuse, et conti-

·llement en mouvement, déclara ne plus savoir marcher. Elle ·t triste et mélancolique, se mit à pleurer sans motifs, quel· pendant des heures entières. Dans son lit, qu'elle préten·plus pouvoir quitter, elle remuait avec toute facilité les inférieurs aussi bien que les supérieurs, et pourtant, je 'oyer toute mon influence pour me faire obéir et la :e le tour du jardin. Je m'étais à peine éloigné, qu'elle ..t sa couche. — Je n'ai plus de force ! disait-elle ; — et, .. pouls était bon, son système musculaire était sain, et son système normal, à part ces phénomènes cérébraux si typiques.

Plus tard, elle eut des visions ; elle déclara par moments, ne plus reconnaître les personnes de son entourage. Une déchéance intellectuelle s'ensuivit, accompagnée d'un subdélirium doux, enfantin, apyrétique ; puis, un embarras gastrique termina la série de ces diverses manifestations vésaniques, jusqu'à sa mort qui survint 3 mois 1/2 à 4 mois après l'opération.

Je dois ajouter que ce n'est pas seulement chez les femmes que j'ai constaté ces troubles mentaux consécutifs aux interventions sur les organes génitaux. Je les ai notés également chez un homme de 72 ans, robuste encore, atteint d'hydro-entéro-épiplocèle, opéré en novembre dernier. Chez cet homme, qui vivait très sobrement, il n'y avait pas de tare héréditaire, ni directe, ni collatérale.

Au cours de l'opération faite tout naturellement, sous le chloroforme, je trouvai le testicule droit, complètement aplati en une lamelle adhérente au sac de l'hydrocèle, pâle, la tunique albuginée déchirée, les conduits séminifères déchirés. J'enlevai ce testicule.

Dès la nuit suivante, un délire violent se déclara, délire qui dura 3 semaines et qui disparut subitement, sans médication spéciale. Il ne s'agissait point, en l'espèce, de phénomènes alcooliques ; les symptômes présentés n'avaient, d'ailleurs, aucune ressemblance avec les manifestations de délirium trémens. Puis, fait à ne pas perdre de vue, la plus haute température qui fut inscrite au tableau, s'éleva à 37°5. Pendant tout ce temps, mon opéré ne reconnut plus les personnes de son entourage que par intermittences ; il refusa ses aliments, il eut des hallucinations et des impulsions au suicide ; il perdit jusqu'à l'instinct d'accomplir ses fonctions naturelles et se souilla de ses excréments.

Ma série n'est malheureusement pas complète encore, car j'observe, en ce moment, une femme de 45 ans, curettée sans narcose,

il y a 3 mois, et chez laquelle des symptômes d'hypocondrie se sont manifestés quelque temps après l'opération. Cette personne n'a plus de goût pour les travaux de son ménage ; elle se plaint de sensations douloureuses dans l'une ou l'autre partie du corps, de bruits confus dans les oreilles, de dégoût pour les aliments et pour la marche. Elle se croit ensorcelée.

Bref, il existe, chez elle, un cortège de symptômes dont l'ensemble n'est pas de nature à me rassurer sur l'issue définitive.

On ne saurait donc nier les liens étroits qui unissent la vie génitale à la vie cérébrale, ni le retentissement profond qui se produit parfois sur le cerveau à la suite des opérations faites sur l'appareil génital.

M. le Dr Jacobs nous parlait d'amélioration survenue chez des personnes atteintes de folie furieuse après qu'on leur aurait pratiqué la castration totale. Je ne connais, pas, pour ma part, de fait de ce genre, mais je possède plusieurs cas où des crises hystériques fréquentes et graves ont été améliorées et guéries par l'ovariotomie double, et, je puis, pour terminer, vous narrer une observation qui montrera l'influence du traitement normal d'une affection utérine sur la marche et l'évolution d'une folie avec tendance au suicide. Ce cas, consolant pour les gynécologues, confirme encore d'une manière indiscutable, cette relation intime qui existe entre les organes génitaux et le système cérébro-spinal.

Il y a 2 à 3 ans, une jeune femme contracta consécutivement à l'application du forceps, une pelvi-péritonite qui guérit après plusieurs mois de traitement. Il persistait pourtant, chez elle, des douleurs s'accroissant pendant la menstruation, à chaque défécation, et lors des rapports conjugaux. Ses souffrances ne diminuant pas, cette personne vint me consulter, et, je trouvai, chez elle, une rétroversion adhérente très douloureuse. Quand je lui proposai de la débarrasser par une opération, cette personne me répondit par un refus net et catégorique. Elle partit, et j'appris depuis qu'elle ne suivit aucun traitement.

L'an dernier, elle devint enceinte, et au mois de novembre, alors qu'elle était au troisième mois de sa grossesse, elle eut une fausse couche. C'est alors qu'apparurent les troubles nerveux, des insomnies quasi-continues, une exaltation sensorielle avec des crises convulsives, de la perte de la mémoire, et des frayeurs subites qui la faisaient se cacher dans les coins.

Je la traitai par les méthodes thérapeutiques habituellement usitées sans aucun résultat. Un jour attribuant à ces phénomènes — en raison du passé — une source utérine, je la visitai à nouveau, et constatai la persistance de la rétroversion adhérente. Ma nouvelle proposition de cure radicale fut encore rejetée avec des cris d'effroi.

A partir de ce moment, les symptômes vésaniques s'accrurent de plus en plus. En plein midi, la malade se perdit dans les rues qu'elle avait l'habitude de parcourir quotidiennement ; un jour, on dut la ramener chez elle, égarée qu'elle était, sur la Grand'Place de son village. Elle avait conscience de son délire ; elle se ressaisissait pendant quelquefois toute une journée ; mais, le soir venant, l'excitation mentale reprenait, accompagnée de secousses musculaires et de spasmes hystériques. Alors elle obéissait, disait-elle, comme à une force irrésistible, et il arriva qu'au cours d'un repas, elle saisit un couteau pour se tuer. Son exaltation sensorielle, cérébrale surtout, se compliqua d'exaltation religieuse. Une nuit, elle quitta son lit, pour aller se jeter dans le puits voisin. Elle fut rattrapée à temps par son mari.

En face d'une situation aussi grave, je conseillai à sa famille de la conduire chez un de nos aliénistes les plus réputés, auquel j'avais raconté les diverses phases de l'affection de cette malheureuse. A la proposition qui lui fut faite d'entrer dans l'établissement pour se soigner d'une manière rationnelle et continue, elle, toujours fantasque et capricieuse, répondit par un refus.

Revenue chez moi, à un moment de lucidité passagère, elle me demanda s'il n'y avait pas moyen de la guérir de son affection utérine sans opération, de manière à tenter de l'empêcher de se tuer.

J'entrepris alors de la masser. Après quelques séances, je parvins à déchirer un certain nombre d'adhérences, et à mobiliser un peu l'utérus.

Est-ce ce premier résultat incomplet encore ? Est-ce une orientation cérébrale nouvelle due à la confiance en ce mode de traitement ?

Dès lors, le calme se fit dans son esprit ; le sommeil revint un peu ; l'idée de suicide diminua ; ses absences momentanées de mémoire disparurent.

Au bout d'environ quinze séances, l'utérus détaché était mobile dans tous les sens. Un écouvillonnage créosoté avait modifié la

muqueuse utérine. La guérison génitale marche actuellement à grands pas, et parallèlement à cette amélioration, un amendement toujours croissant se manifeste dans l'état psychique de cette personne. Aboutirai-je à une guérison complète ? Je ne puis l'affirmer encore, mais je l'espère beaucoup.

Les folies post-opératoires ont pour causes habituelles : l'hérédité, l'alcoolisme, le chloroforme et le choc opératoire.

Si j'analyse les faits qui précèdent, que puis-je conclure ? M'est-il permis d'en déduire un point d'origine absolu ? Non. Je puis, dès l'abord, écarter l'hérédité et l'alcoolisme. Je ne suis pas fondé, je pense, à considérer comme cause spécifique, comme intoxication, le chloroforme donné en petite quantité à un seul de mes malades. Le choc opératoire n'a pu exercer une influence quelconque sur des femmes non anesthésiées, qui n'ont ressenti aucune douleur, ni exhalé aucune plainte au cours des opérations.

Je ne vois chez ces personnes que le choc moral qui aurait pu déterminer ces phénomènes mentaux si déplorables.

L'annonce d'une opération a frappé leur esprit timoré d'une secousse profondément ressentie ; leur cerveau a perdu tout ressort, toute volonté, s'est laissé absorber par une idée fixe, faite de terreur, d'affaissement et de visions sombres pour l'avenir. Une répercussion considérable s'est produite ainsi sur les centres nerveux cérébraux et médullaires. Il en est résulté une dépression ou une exaltation suivant leur impressionnabité spéciale et le degré de tension de leur pensée : la folie n'a pas tardé à développer, alors, ses funestes effets.

Aux renseignements bibliographiques et aux faits cliniques qui précèdent, nous pouvons ajouter le fait suivant que nous trouvons dans la thèse récente et très intéressante du Dr BAUDRON (1) (Obs. 64, p. 229).

« La nommée Wuilb... Irma, âgée de 35 ans, entra à la clinique Baudelocque, le 1er octobre 1891, service du professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'une façon normale. Elle a fait une fausse couche de 6 mois, à 24 ans. C'est depuis cette époque qu'elle souffre dans le bas-ventre, ses règles sont irrégulières

(1) *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes.* Paris, Soc. d'Ed. scient. 1894.

et dans l'intervalle elle a des pertes blanches abondantes. Une rétroversion réductible diagnostiquée depuis 8 ans, a été successivement soignée par des pessaires variés, par l'électricité, par l'opération d'Alexander faite par le Dr Schwartz en 1888.

Son état s'aggravant de jour en jour, elle entre à Baudelocque.

Examen. — Utérus retombé en rétroversion. Brides dans le cul-de-sac de Douglas. De chaque côté de l'utérus les annexes forment deux masses dures, bosselées, irrégulières, du volume d'une mandarine.

Etat général bon. Femme très bizarre, ayant eu à plusieurs reprises des accès de démence.

Diagnostic. — Rétroversion adhérente. Salpingite parenchymateuse double.

L'intervention par voie sus-pubienne serait : ablation bilatérale, histéropexie.

Hystérectomie vaginale le 7 *octobre* 1894. — Naturellement en deux étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes de la dimension du pouce ont des parois lardacées. Les ovaires très adhérents sont kystiques.

Durée 25 minutes, trois pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, ablation des pinces au bout de 48 heures et des tampons le 5e jour.

La malade se lève le 21e jour et part au Vésinet, complètement guérie, au bout de six semaines.

Crise d'aliénation pour laquelle elle est internée à Sainte-Anne en septembre 1892. Actuellement (avril 1894) état mental bon, guérison locale complète. »

Pour ne pas allonger outre mesure cette Revue, nous nous contenterons de citer :

Grammatikati : *Wratch* 1891, n° 1 et *Annales de Gynécologie*, 1891, p. 65 ;

Glœwecke : Modifications physiologiques et psychiques observées dans l'organisme féminin à la suite de la perte des ovaires d'une part et de la perte de l'utérus d'autre part. *Ther. f. Gynak.* 1887, bd., XLV p. 1. Cet auteur aurait observé dans un tiers des cas, proportion qui semble exagérée d'après les

autres auteurs, des troubles cérébraux « dépression mentale, tantôt légère, tantôt forte et qui, rarement, avec le concours de circonstances déterminantes, aboutit à de véritables psychoses. »

Enfin Vène. Etude sur les délires post-opératoires, *Th. de Paris*, 1891.

Maintenant que l'attention des gynécologistes est suffisamment fixée sur cette question des troubles mentaux consécutifs aux opérations portant sur les organes génitaux de la femme, il est probable que l'enquête sera poursuivie et complétée.

Dès aujourd'hui, on peut conclure, d'après les faits déjà connus, que la folie consécutive aux opérations gynécologiques n'est pas tellement exceptionnelle qu'elle ne doive être prise en considération et entrer en ligne de compte dans le pronostic de l'intervention chirurgicale. C'est principalement chez les prédisposées, chez les hystériques et chez les neurasthéniques, qu'on devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'éclosion de l'aliénation mentale, à la suite des opérations même faciles et suivies d'une prompte guérison locale. Il convient donc, plus que jamais, d'épuiser patiemment et consciencieusement toutes les ressources (souvent plus considérables qu'on ne le suppose dans bien des cas) de la thérapeutique conservatrice, surtout quand les malades ont peur d'une opération, surtout quand les phénomènes douloureux et les phénomènes nerveux sont hors de proportion par leur intensité avec le peu de gravité des lésions locales. Aux grands maux les grands remèdes sans doute, mais aux petits maux, petits soins, patience et longueur de temps.

J. B.

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE
CHEZ LA FEMME
Par les injections intra-vésicales d'acide picrique en solution concentrée,

Par le docteur Jean VIGNERON.

(*Suite et fin.*)

Nos observations ont toutes été prises dans le service de M. le Docteur Chéron, à l'infirmerie de Saint-Lazare.

Nous avons noté surtout ce qui a trait à la marche de l'uréthrite. Si ces observations paraissent parfois incomplètes, il faut savoir qu'avec ce genre de malades, il est le plus souvent impossible d'avoir des renseignements sur les antécédents et les commémoratifs soit vénériens, soit même généraux.

OBSERVATION I.

Victorine C..., 22 ans, entre à l'Infirmerie de Saint-Lazare, le 4 juin 1894, pour uréthrite.

Elle n'a pas d'antécédents morbides à signaler jusqu'à il y a 2 ans. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans ; ses règles sont normales, non douloureuses ; elle ne présente pas de pertes blanches.

Il y a deux ans, elle fut mise à Saint-Lazare pour une ulcération syphilitique de l'aile du nez.

Elle ignore à quand remonte l'infection et nie tout autre antécédent syphilitique ; mais l'existence, à l'heure actuelle, de condylomes à l'anus et de plaques muqueuses à la vulve ne laisse aucun doute sur l'exactitude du diagnostic précédemment porté.

Elle nie également tout écoulement antérieur. A son entrée, le 4 juin, on constate facilement l'existence d'une goutte purulente à l'orifice du méat. L'introduction du spéculum dans le vagin, par la pression qu'il exerce sur la paroi antérieure de cet organe, suffit à rendre apparente la goutte de pus. L'écoulement est donc assez abondant pour permettre d'affirmer une uréthrite totale ; le canal ne présente pas d'induration particulière, ni aucune autre lésion spéciale. Un peu de rougeur au pourtour du méat.

Il n'existe ni vaginite, ni vulvite.

4 juin. On injecte une pleine seringue d'acide picrique dans la vessie.

6 juin. A la visite suivante, 2 jours après, la goutte de pus est moins épaisse, moins abondante. Nouvelle injection.

Le 10 juin, on ne trouve plus qu'une petite gouttelette liquide très pâle.

Le 15 juin, notre examen ne nous montre plus trace d'écoulement. Cette fille est gardée à Saint-Lazare pour ses condylomes de l'anus dont la guérison est lente. Il nous est donné ainsi d'examiner encore son urèthre à plusieurs reprises, nous n'avons, à aucun moment, constaté la réapparition de l'uréthrite. Le même examen pratiqué par le docteur Chéron n'a pas donné d'autre résultat.

Observation II.

Jeanne G...., 33 ans, entre à l'Infirmerie de Saint-Lazare, le 16 juin 1894, pour uréthrite blennorrhagique.

Aucun antécédent morbide, ni syphilis, ni écoulement. C'est, d'ailleurs, la première fois qu'elle vient à Saint-Lazare pour maladie.

Il y a 6 jours, elle s'est aperçue qu'elle avait un abcès sur la petite lèvre gauche ; cet abcès a percé tout seul, donnant lieu à un écoulement de pus mêlé de sang ; la cicatrisation s'est effectuée en 2 ou 3 jours.

La malade ne s'est point aperçue de l'uréthrite pour laquelle elle a été arrêtée.

16 juin. A son entrée, on constate l'existence d'une uréthrite chronique locale. La pression sur l'urèthre ramène une goutte assez abondante, c'est le seul signe apparent, aucune trace d'inflammation de la vulve, pas de trace de l'abcès dont nous a parlé la malade.

On prescrit des injections intra-vésicales d'acide picrique tous les 2 jours.

A l'heure actuelle (fin juin), on constate une amélioration, la goutte de pus est moins abondante et plus liquide, mais elle persiste encore.

Observation III.

Virginie M..., 36 ans, entrée le 20 juin 1894, pour uréthrite à l'Infirmerie de Saint-Lazare.

Réglée à 17 ans, règles normales ; dans l'intervalle, pertes blanches.

A 20 ans, grossesse, fille venue à terme, vivante.

A 22 ans, plaques muqueuses à la vulve et à la gorge ; traitée à Saint-Lazare.

Il y a un an, revient à Saint-Lazare pour une uréthrite, elle est renvoyée guérie (?) au bout de 15 jours.

20 juin. A l'entrée de la malade, la pression du canal ramène au méat une goutte purulente assez abondante. Les parois du canal paraissent légèrement épaissies au toucher. Le méat est béant et la muqueuse paraît plus grisâtre que normalement.

On prescrit des injections vésicales d'acide picrique tous les deux jours.

25 juin. Diminution de l'écoulement qui est devenu opalescent.

30 juin. La goutte purulente existe toujours, mais elle a diminué, et les parois du canal paraissent plus souples.

Observation IV.

Lucie B..., 21 ans, entre à Saint-Lazare, le 7 juin 1894, pour uréthrite et catarrhe du col de l'utérus.

Femme pâle, taches de rousseur sur le visage, a toujours été d'un tempérament maladif.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement, devient anémique, pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles.

A eu la syphilis.

8 juin. Actuellement, on trouve une rougeur anormale de la vulve, les petites lèvres sont hypertrophiées ; il existe un écoulement vaginal purulent assez abondant, jaunâtre, tachant le linge en jaune pâle.

Au spéculum, on trouve les parois du vagin légèrement enflammées ; le col de l'utérus est rouge, ulcéré ; de l'orifice du col, s'écoulent des glaires en quantité abondante.

A l'examen du méat, on trouve un écoulement continu sans être très abondant, jaunâtre ; le méat est rouge, boursouflé.

On institue le traitement ordinaire de la vaginite et de la métrite cervicale, on fait faire des lotions antiseptiques à la vulve et on ordonne une injection intra-vésicale d'acide picrique tous les deux jours contre l'uréthrite.

12 juin. L'écoulement vaginal a presque disparu et la vulvite est guérie. La métrite du col donne lieu encore à un écoulement glaireux abondant, les lèvres du col sont toujours ulcérées. L'uréthrite s'est améliorée ; il faut chercher la goutte purulente par la pression du canal, et on ne ramène qu'une gouttelette pâle et liquide.

15 juin. On constate à peine l'existence d'une gouttelette opalescente au méat.

20 juin. Il ne reste que la métrite du col de l'utérus. L'uréthrite a disparu ; la pression du canal ne nous permet de rien constater ; nous avons pu répéter cet examen à plusieurs reprises, la malade étant retenue pour sa métrite, et nous n'avons jamais constaté la réapparition de l'uréthrite.

Observation V.

Eugénie M..., 18 ans, entrée à Saint-Lazare le 7 juin 1894.

Antécédents nuls. Réglée à 15 ans 1/2, irrégulièrement, pertes blanches 8 jours avant les règles.

Depuis 8 mois, pertes abondantes qui tachent le linge en vert.

8 juin. A l'examen, on trouve la vulve rouge et enflammée, couverte de pus dans ses replis. Au spéculum, on trouve les parois vaginales rouges, violacées, comme tuméfiées, pus abondant et épais, surtout dans les culs-de-sac.

L'urèthre est le siège d'un écoulement purulent épais, jaunâtre ; le méat est rouge et enflammé.

On institue le traitement ordinaire de la vaginite et de la vulvite, et l'on prescrit deux injections intra-vésicales d'acide picrique contre l'uréthrite.

12 juin. Atténuation des symptômes de vulvite et de vaginite ; écoulement uréthral moins abondant et plus pâle.

15 juin. La vaginite est encore abondante, la vulvite est très améliorée, presque plus de rougeur, plus de sécrétion de pus. L'urèthre ne donne plus lieu à un écoulement continu, mais on ramène encore par la pression une forte goutte de pus assez épais.

20 juin. Persistance de la vaginite, l'uréthrite ne donne plus lieu qu'à une petite goutte de pus opalescente.

4 juillet. La vaginite persiste, quoique l'écoulement ait diminué et changé de consistance. Il faut un examen minutieux de l'urèthre pour ramener une gouttelette très diluée, à peine purulente.

Observation VI.

Marie V..., 18 ans, entrée, le 26 avril 1894, à Saint-Lazare, pour vaginite et uréthrite.

Pas d'antécédents morbides ; mais, actuellement, est anémique, le visage est pâle, les muqueuses sont décolorées.

A son entrée, elle présente une vaginite peu intense ; vulvite légère, écoulement uréthral blanchâtre assez abondant.

Traitée par les moyens ordinaires, injections de sublimé dans l'urètre jusqu'au 1er juin.

1er juin. On constate encore d'une façon très nette l'existence d'une goutte purulente au méat. On change le traitement et on a recours aux injections d'acide picrique dans la vessie.

20 juin. On ne trouve plus trace d'uréthrite. La malade est retenue pour des petites ulcérations à l'entrée du vagin.

Nous avons pu rendre compte depuis (commencement de juillet) que l'uréthrite n'a pas reparu.

Observation VII.

Clémentine B..., 20 ans, entre le 21 juin 1894, à Saint-Lazare, pour vaginite des culs-de-sac et uréthrite chronique.

Antécédents nuls.

Réglée à 17 ans, régulièrement.

Accouche, le 10 juillet 1892, d'une fille à terme et vivante.

Depuis, pertes blanches.

Actuellement (21 juin), elle présente une vaginite légère, un peu de pus seulement dans les culs-de-sac.

Le col de l'utérus est ulcéré et laisse écouler des glaires.

La pression du canal de l'urèthre ramène au méat une goutte de pus blanchâtre, peu abondante.

Injection d'acide picrique dans la vessie tous les deux jours.

5 juillet. Amélioration notable. Il faut un examen très minutieux pour découvrir encore un léger suintement blanchâtre au méat.

Observation VIII.

Claire N..., 20 ans, entre, le 21 juin 1894, à Saint-Lazare, pour uréthrite.

Antécédents nuls. Seulement fièvre typhoïde, il y a un an.

Réglée à 15 ans, régulièrement, pas de pertes blanches.

21 juin. Elle ne présente actuellement ni vaginite, ni métrite du col. La pression du canal de l'urèthre ramène au méat une goutte de pus blanchâtre. Pas de rougeur anormale au pourtour du méat. Traitement par l'acide picrique.

30 juin. C'est à peine si l'uréthrite se manifeste encore par un léger suintement opalescent.

4 juillet. Un examen minutieux ne permet de rien constater. La femme est mise en liberté.

Observation IX.

Elise B..., 25 ans, entre, le 24 juin 1891, à Saint-Lazare pour uréthrite.

Réglée à 13 ans, normalement ; pertes blanches.

A eu 4 enfants ; le 2e et le 4e (15 juillet 1893) sont venus à terme macérés.

Nie antécédents syphilitiques.

21 juin. L'uréthrite se traduit par une goutte purulente assez épaisse et abondante. Traitement par l'acide picrique. On constate, en outre, l'existence d'une métrite cervicale avec ulcérations du col.

25 juin. La goutte purulente a diminué, elle est moins épaisse, plus pâle.

30 juin. On trouve encore au méat une goutte de pus opalescente.

4 juillet. L'uréthrite a diminué, mais la pression du canal ramène encore une gouttelette de pus.

Observation X.

Marguerite L..., 21 ans, entrée, le 16 juin 1894, à Saint-Lazare, pour uréthro-vaginite et catarrhe utérin.

Antécédents nuls.

Réglée à 15 ans, pertes blanches abondantes.

Un accouchement à 17 ans 1/2.

16 juin. Vaginite abondante, léger catarrhe du col de l'utérus, avec écoulement glaireux ; petite ulcération du col. Uréthrite caractérisée par une rougeur du pourtour du méat et la présence de pus épais et abondant, coloration jaunâtre. Traitement ordinaire de la vaginite. Injections d'acide picrique contre l'uréthrite.

30 juin. Amélioration de la vaginite et de l'uréthrite. La pression du canal ramène une goutte opalescente encore abondante.

30 juin. La pression du canal permet à peine de constater l'existence d'un reste d'uréthrite.

4 juillet. On ne trouve plus trace de l'uréthrite.

Observation XI.

Marie O..., 25 ans, entrée le 23 novembre 1893, pour uréthrite.

Réglée à 18 ans, règles irrégulières, indolores.

Pertes blanches abondantes depuis l'âge de 15 ans. Pendant son séjour à Saint-Lazare a eu une pelvi-péritonite, qui a duré deux mois.

Uréthrite abondante, pus jaunâtre épais.

A été soignée jusqu'au 25 juin par des lavages uréthraux au sublimé.

26 juin. Traitement par l'acide picrique.

5 juin. La pression du canal ne permet plus de constater la moindre goutte purulente.

Observation XII.

Marie A..., 15 ans, entrée le 23 juin, à Saint-Lazare, pour vaginite, uréthrite et métrite du col.

Elle est réglée depuis 6 mois seulement.

Elle a habituellement des pertes blanches abondantes.

23 juin. Elle présente actuellement une vaginite aiguë accompagnée de métrite du col et d'uréthrite.

Le méat est rouge, et l'on fait sourdre facilement une goutte de pus jaune verdâtre.

Traitement ordinaire de la vaginite.

Traitement de l'uréthrite par l'acide picrique.

30 juin. Ecoulement vaginal peu abondant, il est transformé, est devenu jaune pâle.

L'urèthre ne présente plus de signe d'inflammation. On en fait sourdre une goutte de pus opalescente, petite.

5 juillet. La pression de l'urèthre ne permet plus de constater de signe d'uréthrite.

Il reste encore un léger écoulement vaginal et un peu de métrite du col.

Observation XIII.

Louise A..., 21 ans, entrée à Saint-Lazare, le 17 janvier 1894, pour uréthro-vulvo-vaginite.

Réglée à 16 ans, pas de pertes blanches, santé robuste.

Léger degré de rectocèle.

A son entrée, présentait une vulvite et une vaginite aiguë; il y avait également de la métrite du col de l'utérus, avec ulcération du col. Ces affections sont actuellement guéries.

La malade présentait en outre, une uréthrite franche aiguë, qui a été traitée par l'acide picrique.

Cette uréthrite a été guérie au bout de 20 jours environ.

Depuis, on n'en a plus trouvé aucun signe.

Des examens, plusieurs fois répétés dans ces derniers temps, n'ont permis de constater le moindre suintement uréthral.

Observation XIV.

Léda Y..., 15 ans 1/2, entrée à Saint-Lazare, le 15 juin 1894, pour vaginite granuleuse.

Réglée à 12 ans, normalement; tempérament lympathique; pertes blanches peu abondantes.

L'affection actuelle a débuté il y a six mois.

15 juin. Actuellement, on trouve une vaginite granuleuse avec écoulement jaunâtre peu abondant. Mais la malade a perdu davantage et a taché son linge en vert.

On constate également l'existence d'une uréthrite légère, un peu de rougeur du méat ; on fait facilement sourdre une goutte de pus jaunâtre. Traitement par l'acide picrique.

20 juin. La goutte purulente a diminué d'abondance, elle est plus opalescente.

30 juin. L'examen du canal ne révèle qu'un léger suintement presque incolore.

5 juillet. L'uréthrite paraît complètement guérie. Un examen minutieux ne montre pas la moindre goutte de pus.

La vaginite granuleuse est améliorée, mais incomplètement guérie.

CONCLUSIONS.

L'uréthrite féminine est très fréquente, surtout dans sa forme chronique.

Elle est un danger permanent pour la femme, car elle peut amener l'infection des organes internes par propagation ; pour le nouveau-né, elle est une cause fréquente d'ophthalmie purulente.

Elle est très rebelle au traitement, les antiseptiques ordinaires pouvant tous échouer contre elle.

L'acide picrique se recommande par trois qualités essentielles ; il est sans danger, antiseptique et analgésique. Son innocuité permet de l'introduire directement dans la vessie.

L'acide picrique appliqué au traitement de l'uréthrite féminine, amène la *guérison radicale* de l'uréthrite aiguë ou chronique après une durée moyenne de 10 à 20 jours. Nous n'avons eu jamais de complications à signaler à la suite de ce traitement.

BIBLIOGRAPHIE

ASTRUC. De morbis venereis, Paris 1736. — BELL (Benj.). Treatise on the Gonorrhœa and Lues Venerea, 1793. — CESARI. Gaz. di Roma, Avril 1889. — J. CHÉRON. 1876. Comptes-rendus du Congrès de Bruxelles. Du traitement des plaies et de la blennorrhagie par l'acide picrique. — J. CHÉRON, 1875. Traitement de la blennorrhagie chez la femme par les injections intra-vésicales d'acide picrique. Revue des maladies des femmes. — CULLERIER. Des affections blennorrhagiques. Leçons cliniques professées à l'Hôpital du Midi, 1861. — ERAUD. Des raisons qui militent en faveur de la non spécificité du gonocoque. Soc. de Derm., 4 Avril 1891. — FILLEUL. Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique. Thèse de Paris, 1894. — FOLLIN et DUPLAY. Traité de pathologie externe. Paris, 1884. — GIBERT. Quelques remarques relatives au siège des écoulements chez la femme. — GUÉRIN (Alph.). Maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1864. — JULLIEN. Traité des maladies vénériennes, 1879. — LANGLEBERT. Traités des maladies vénériennes. — LORMAND. *France médicale*, 1893. — RICORD. De la blennorrhagie chez la femme. In *Gaz. des Hôpitaux*, 1846. — DE SINÉTY. Des diverses localisations de la blennorrhagie chez la femme. *Ann. de gynéc.*, Sept. 1883. — SWEDIAUR. Traité des maladies vénériennes, 1875. — VERCHÈRE. La blennorrhagie chez la femme, 1894.

TECHNIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES

de sérum artificiel

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

—

III

Tension artérielle. — Sphygmomanomètres et sphygmomètres. — Leur mode d'emploi.

Sommaire. — Définition de la tension artérielle. — Tension artérielle physiologique. — Lois physiologiques qui régissent la tension artérielle. — Fréquence des modifications pathologiques de la tension artérielle. — Quelques mots sur l'hypertension artérielle. — Importance considérable de l'hypotension artérielle ; sa fréquence ; principales maladies à hypotension.

Etude de l'hypotension dans les pelvi-péritonites aiguës et chroniques, et effets produits, dans ces cas, sur la tension artérielle, par les transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

Résumé des expériences comparatives : à dose égale, c'est avec le sérum complet qu'on obtient les effets maxima.

Avantages que présente l'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

Appareils cliniques pour la mesure de la tension artérielle : sphygmomanomètres de Basch ; sphygmomanomètre de M. Potain ; sphygmomètre de Verdin. — Description des appareils. — Manuel opératoire. — Table de concordance entre le sphygmomanomètre à mercure et le sphygmomètre de Verdin.

La *tension artérielle* encore appelée *pression artérielle, pression sanguine*, représente la force plus ou moins grande avec laquelle le sang, poussé dans les artères par la contraction du cœur, pénètre et dilate les vaisseaux avant de pouvoir s'écouler par les capillaires.

C'est au savant physiologiste Hales (1774) qu'on doit la première mesure de la tension artérielle qui fut mieux connue et plus facilement appréciée à l'aide de l'hémodynamomètre de Poiseuille et à l'aide du manomètre compensateur de Marey. Les physiologistes mesurent la tension intérieure du sang dans les artères, méthode inapplicable chez l'homme. Basch, en 1881,

imagina de mesurer, non plus la tension intérieure du sang dans les artères, mais bien la hauteur d'une colonne de mercure capable de fermer complètement la lumière du vaisseau, ou autrement dit d'éteindre la pulsation artérielle. C'est ce principe qui a été appliqué dans les différents appareils cliniques que nous décrirons tout à l'heure.

A l'état normal, la tension artérielle maxima, prise au niveau de l'artère radiale, au poignet, mesure de 16 à 18 centimètres de mercure, d'après M. Potain, c'est-à-dire que pour éteindre complètement le pouls de l'artère radiale chez l'homme, il faut exercer, sur ce vaisseau, une pression égale à celle d'une colonne de mercure de 16 à 18 centimètres de hauteur. J'ai pris soin de vérifier moi-même ces chiffres sur un grand nombre de personnes bien portantes, et j'ai pu constater leur exactitude.

Les conditions physiologiques qui régissent les modifications de la tension artérielle peuvent s'exprimer de la façon suivante :

1° La tension artérielle est d'autant plus élevée que, d'une part, le cœur chasse une plus grande quantité de sang dans l'aorte et que, d'autre part, les artérioles sont plus contractées et retiennent plus de sang dans le système artériel. Plus le cœur se contracte énergiquement, plus il se contracte rapidement, plus les artérioles sont contractées, plus aussi la tension artérielle s'élève.

2° La tension artérielle s'abaisse d'autant plus que, d'une part, le cœur chasse, en un temps donné, moins de sang dans l'aorte et que, d'autre part, les artérioles sont plus dilatées et retiennent moins de sang dans le système artériel. Moins le cœur se contracte énergiquement, moins il se contracte rapidement, moins le ventricule gauche se remplit facilement (contraction des artères pulmonaires, stagnation du sang dans les grosses veines), moins les capillaires sont contractés, moins aussi s'élève la tension artérielle.

Au point de vue clinique, nous n'avons à nous occuper que de la tension de l'artère radiale, au niveau du poignet, et cette pression est environ de 16 à 18 centimètres de mercure, ainsi que je

l'ai dit plus haut. Cette tension est à peu près constante, à l'état physiologique, car si les artérioles se dilatent, sous l'influence d'une cause quelconque, et si la tension artérielle tend en conséquence à s'abaisser, le cœur se contracte plus rapidement, il chasse une plus grande quantité de sang dans les artères, en un temps donné, et, par suite, la tension revient au chiffre normal. C'est ce que Marey a écrit, sous la forme d'aphorisme : « Le cœur se contracte d'autant plus rapidement qu'il a moins de peine à se vider. »

On comprend, par ce court aperçu des notions les plus importantes de la physiologie de la tension artérielle, l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude clinique de la pression sanguine chez l'homme et à la recherche de ses modifications pathologiques.

Nous venons de voir, en effet, que l'équilibre constant de la tension artérielle ne se maintient que : 1° Si le cœur fonctionne normalement, ce qui suppose l'intégrité du muscle cardiaque et de ses orifices, l'intégrité de ses nerfs moteurs, l'intégrité des centres d'innervation cardiaque ; 2° si les artérioles règlent convenablement le débit des artères, ce qui ne peut avoir lieu que si on admet l'intégrité des centres vaso-moteurs ; 3° si les artères ne sont pas altérées elles-mêmes ; 4° si la circulation pulmonaire se fait librement et si la stagnation du sang dans les grosses veines est évitée. Il y a donc lieu de supposer que le clinicien doit avoir souvent l'occasion de noter des variations morbides de la tension artérielle et, de fait, bien que les recherches sphygmomanométriques soient encore peu vulgarisées, nous savons déjà qu'un grand nombre de maladies s'accompagnent d'un trouble permanent de la pression sanguine.

Je ne ferai que rappeler ici les principales affections dans lesquelles on a noté l'existence d'une *hypertension artérielle*. Depuis les travaux de Basch, d'Ozanam, de Potain et François Franck, de Huchard, on sait que la tension sanguine est surélevée dans l'artério-sclérose, dans la néphrite interstitielle, dans l'angine de

poitrine, dans l'insuffisance aortique, dans la colique saturnine, etc. Dans ces différentes affections, le sphygmomanomètre donne habituellement une pression qui monte à 21, 22 centimètres de mercure et au delà.

Beaucoup plus importante pour le sujet qui nous occupe est l'étude de *l'hypotension artérielle*, les transfusions hypodermiques possédant pour effet constant, ainsi que nous le démontrerons bientôt, de ramener et de maintenir la pression sanguine au chiffre normal et même de la surélever temporairement au-dessus de la normale, si l'on poursuit la médication assez longtemps.

Les maladies dans lesquelles l'hypotension artérielle joue un rôle important sont : les maladies du cœur non compensées, les hémorrhagies graves, le shock, la péritonite, les pelvi-péritonites aiguës ou chroniques, les fièvres graves à forme adynamique, la phtisie pulmonaire, la neurasthénie ; enfin, l'hypotension existe et mérite d'être énergiquement combattue chez les déprimés et chez les anémiques, et parmi les déprimés on doit considérer plusieurs catégories qui sont représentées par : les déprimés par vitalité insuffisante ; 2° les déprimés par surmenage ; 3° les déprimés par maladie chronique (1).

Dans les pelvi-péritonites aiguës, tout à fait au début, alors que le tableau clinique est à peu de chose près celui de la péritonite généralisée, si bien que le pronostic doit être réservé et que le diagnostic est hésitant encore sur l'étendue des lésions, le pouls est très mou, très dépressible, d'une grande fréquence, et le sphygmomanomètre donne une pression minime : 8 à 10 centimètres de mercure. Dès que l'orage des premiers jours est calmé, dès que la péritonite se localise, en même temps que les

(1) Pour l'étude de l'hypotension dans les maladies du cœur, dans les hémorrhagies graves, le shock, la péritonite, et dans les fièvres graves à forme adynamique, voir notre *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, chap. V, p. 143 et suivantes ; l'hypotension dans l'anémie, dans la neurasthénie, chez les déprimés de toutes sortes et dans la phtisie pulmonaire est plus particulièrement décrite dans les chapitres VI, VII et VIII, auxquels nous renvoyons le lecteur. Nous ne parlerons ici que de l'hypotension qui accompagne les pelvi-péritonites aiguës ou chroniques.

symptômes de choc péritonéal, de péritonisme s'atténuent, le pouls devient moins fréquent et plus résistant et la tension artérielle monte à 12 ou 14 centimètres. Le pronostic devient dès ce moment beaucoup plus favorable. Si, dans ces conditions, on emploie les transfusions hypodermiques de sérum artificiel à petites doses (5 gr. à 20 gr. au maximum) souvent répétées, on ramène en quelques jours la tension artérielle à la normale, la malade éprouve, dès lors, une amélioration très notable et la résorption des exsudats se fait avec une rapidité surprenante, pour qui sait combien cette résorption est lente lorsque la maladie suit son cours régulier.

Dans les pelvi-péritonites chroniques d'une certaine étendue, c'est-à-dire formant un exsudat gros comme une orange, comme le poing ou même davantage, la tension artérielle varie, suivant les cas, de 10 à 14 centimètres de mercure. Là encore, il y a une corrélation très nette entre l'état de la pression et la résorption, cette dernière ne commençant qu'à partir du moment où, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, la tension artérielle se rapproche de la normale. J'ai vu des malades, portant depuis des mois et même depuis plusieurs années de volumineux exsudats périmétriques, commencer la résorption seulement le jour où l'on avait élevé brusquement la pression sanguine par les transfusions hypodermiques, et je puis ériger en loi ce fait que la résorption est d'autant plus rapide qu'on maintient la pression sanguine à un chiffre plus élevé. Il est même bon de dépasser la normale et d'atteindre 19 à 20 centimètres pour activer le travail résolutif.

Ainsi que je le démontre dans le chapitre suivant, on peut toujours obtenir ce relèvement de la tension artérielle, dans les cas de périmétrite chronique, au moyen des transfusions hypodermiques. Mais il faut savoir que pour cela on est souvent obligé de faire des transfusions à hautes doses : 20 gr., 40 gr. et même jusqu'à 100 gr. en une seule transfusion. Dans les cas rebelles, la pression surélevée tend à s'abaisser dès le lendemain ; il faut alors recommencer la médication ; le plus ordinairement, l'effet de chaque transfusion se maintient pendant 4 à 5 jours et la ten-

sion revient peu à peu au chiffre primitif, à moins qu'on n'intervienne de nouveau. Quand la tension se maintient d'elle-même à la hauteur physiologique, la guérison complète ne tarde pas à se produire.

On se rappelle que notre sérum artificiel concentré est composé de la façon suivante :

Acide phénique neigeux, 1 ; chlorure de sodium, 2 ; phosphate de soude, 4 ; sulfate de soude, 8 ; eau distillée, 100.

J'ai expérimenté séparément l'acide phénique à 1 et à 2 %, le chlorure de sodium à 2 %, le sulfate de soude à 8 et à 10 %, le phosphate de soude à 5 et à 4 %. Mes recherches, qui ont porté sur un grand nombre de malades atteints d'affections très diverses, peuvent, en ce qui concerne l'effet des transfusions hypodermiques sur la tension artérielle, être résumés de la façon suivante :

D'une façon constante, la transfusion hypodermique produit une élévation de la tension artérielle, tel est le premier point à noter. Mais le degré de cette élévation de la tension, sa durée, la forme générale de la courbe varient suivant un certain nombre de circonstances que je vais essayer d'élucider, c'est-à-dire, suivaut la dose, la nature des solutions employées et suivant l'état de la pression artérielle au moment où la transfusion est pratiquée.

Dans la plupart des cas, des doses de 5 grammes à 10 grammes de solution normale « chlorure de sodium, acide phénique, sulfate de soude et phosphate de soude » produisent d'emblée une augmentation de pression qui varie de 1 à 3 ou 4 centimètres de mercure ; cependant, chez certaines malades à réactions très lentes, comme quelques strumeuses ayant depuis longtemps des suppurations ganglionnaires, chez des syphilitiques très anémiées ou encore, comme je le disais plus haut, dans quelques cas de pelvipéritonites, il faut aller jusqu'à 20 grammes, 30 gr. et même plus pour obtenir une ascension très nette.

A dose égale, les solutions complexes de sels de soude produisent des effets plus accentués et plus durables que les solutions simplement phéniquées ou chlorurées sodiques.

Il est à noter également que plus la tension est faible au moment de l'expérience, plus l'ascension est brusque ; c'est ainsi qu'on peut faire monter la pression de 13 centimètres à 16 et demi — différence en plus, 3 cent. et demi — par une première transfusion, tandis que la seconde ne fera monter la pression que de 16 cent. et demi à 18 — différence en plus, 1 cent. et demi — et que chez une malade qui a déjà 18 cent. de pression, c'est à peine si on gagnera un demi-centimètre.

La tension artérielle se maintient plus élevée qu'avant la transfusion hypodermique pendant 3 à 4 jours, quelquefois davantage, dès la première injection, chez les malades qui ne sont pas trop affaiblies, mais elle baisse rapidement au bout d'un jour et même de quelques heures lorsque l'adynamie est profonde, ainsi que j'ai pu le constater dans des cas de péritonite aiguë ou de cancer utérin arrivé à sa dernière période. Elle persiste, toutes choses égales d'ailleurs, plus longtemps avec les solutions de sels de soude qu'avec les solutions moins complexes. Du reste, sauf les cas au-dessus des ressources de l'art et destinés à se terminer fatalement, à mesure qu'on renouvelle les transfusions hypodermiques, la courbe générale reste à un niveau plus élevé, pour se maintenir finalement entre 18 cent. et 19 cent., alors même qu'on vient à cesser la médication.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1894.

INFECTION PUERPÉRALE D'ORIGINE INTESTINALE.

M. Sorel. — On a cru pendant un certain temps, après les travaux de Vidal, que le streptocoque était l'agent spécifique de l'infection puerpérale ; mais on n'a pas tardé à voir que cette conception était trop simple et que d'autres micro-organismes pouvaient produire, après l'accouchement, des accidents analogues :

tels le staphylocoque, le vibrion septique, le bacterium coli, le pneumocoque, ainsi que l'ont démontré les travaux de Lesage, Demelin, Parmentier, Rendu, Budin, Bonnaire, Prioleau. De tous ces microorganismes, le plus important paraît être le bacterium coli. Les accidents qu'il détermine apparaissent d'habitude brusquement, aussitôt après l'accouchement, quelquefois même dans les derniers jours de la grossesse ; on les constate plutôt chez les femmes constipées, ayant de la dilatation stomacale et de l'entéroptose. C'est qu'en effet la puerpéralité place ces malades en état de réceptivité ; si alors les microorganismes intestinaux sont virulents, les organes génitaux sont menacés.

L'infection puerpérale, produite par le bacterium coli, revêt deux formes principales. Dans la première, il y a de la céphalée, du ballonnement du ventre, une élévation de la température — 38° à 40° — la langue est sèche, l'appétit nul ; des nausées, des vomissements apparaissent ; la diarrhée fait suite à la constipation ; la palpation est douloureuse au niveau du cœcum et de l'S iliaque ; ces régions sont le siège d'un tympanisme et d'un empâtement marqués. Dans les cas légers, plusieurs de ces symptômes peuvent manquer ; seule, la fièvre est constante ; dans les cas plus sérieux, malgré les purgatifs, l'infection dure 15, 20 jours ; il y a même des rechutes après la guérison. La seconde forme est caractérisée par l'apparition d'autres symptômes ; peuvent se montrer alors la péritonite septique, la métrite, l'angioleucite et la phlébite utérines, la salpingite ; les lochies deviennent fétides ; l'appareil urinaire peut être attaqué lui aussi et la cystite apparaît, suivie de pyélo-néphrite ascendante.

Au milieu de tous ces symptômes, seul l'examen physique (ballonnement, sensibilité du ventre) permet, avec l'examen bactériologique des sécrétions, de porter le diagnostic. La véritable cause d'erreur consiste à prendre pour une diarrhée consécutive à une autre infection celle qui est la conséquence de la présence du colibacille virulent dans l'intestin.

Pour prévenir pareils accidents de la puerpéralité, il faut, dans les derniers temps de la grossesse surtout, surveiller les fonctions intestinales (purgations, etc.). Dès que les accidents ont apparu, il faut protéger l'appareil génital, laver le vagin, l'utérus si besoin est, et faire soigneusement, après chaque évacuation, la toilette de la vulve. (*Gaz. méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE BORDEAUX.

Séance du 23 juillet 1894.

SARCOME DES DEUX OVAIRES ; CASTRATION.

M. Brindel présente deux tumeurs enlevées par M. le Dr Dubourg à une femme, âgée de trente-trois ans, actuellement en traitement dans son service à l'hôpital Saint-André.

Cette dame, Mme T..., a eu trois enfants et a fait deux fausses couches après son dernier accouchement. La dernière remonte à huit ans.

La malade souffre depuis le mois d'octobre 1893 et a fréquemment la diarrhée depuis cette époque. Ce n'est toutefois que depuis quatre à cinq mois qu'elle a senti se développer une tumeur dans le côté gauche de sa cavité abdominale. L'appétit a disparu graduellement et la malade a maigri de 17 kil. 500 en quatre mois. Jusqu'ici, elle a été bien réglée, sauf le mois dernier, où elle a perdu du sang à deux reprises différentes.

A son entrée à l'hôpital, on sentait une tumeur un peu allongée, arrondie, mobile, dure, indolente, de la grosseur d'une tête de fœtus, dans le côté gauche de la cavité abdominale. Elle ne faisait pas corps avec l'utérus, très mobile sur elle. Celui-ci était un peu gros ; il était repoussé à droite et ne suivait les mouvements de la tumeur que dans les mouvements d'élévation en masse imprimés à celle-ci.

Par le toucher combiné au palper, on percevait à droite une deuxième tumeur, de la grosseur du poing d'un adulte, qui semblait enchatonnée dans le petit bassin.

L'hystéromètre, poussé jusqu'à l'orifice interne du col, ne le franchissait qu'avec difficulté. L'utérus était mobile sur la tumeur de droite.

L'hypothèse de fibromes sous-péritonéaux se présentait à l'esprit, d'autant mieux que l'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, pouvait bien renfermer des fibromes interstitiels ; toutefois, nous dûmes la rejeter en l'absence de métrorrhagies. La difficulté qu'on avait à introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, jointe à l'amaigrissement rapide de la malade coïncidant avec un développement non moins rapide de la tumeur abdominale, n'était pas de nature à faire adopter l'opinion de fibrome.

Nous aperçûmes enfin, sur la cicatrice ombilicale, une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui nous sembla être de nature maligne et l'idée d'une tumeur secondaire nous parut plus probable. Cependant, la dépression ombilicale, pleine de saleté, était irritée et l'hypothèse d'une induration irritative chronique ne parut pas devoir être éliminée complètement.

Une intervention s'imposait et fut exécutée par M. Dubourg.

La cicatrice ombilicale fut circonscrite par une incision elliptique, dont la queue s'étendit en bas jusqu'au pubis. Après ablation de l'ombilic et section des diverses couches de la paroi abdominale, la tumeur apparut. Facilement attirée au dehors, grâce à l'absence d'adhérences, la tumeur, de forme ovalaire, bosselée, noirâtre en certains endroits, était retenue au ligament large par un pédicule très court, étalé et mince, qui rendit assez laborieuse sa constriction par une triple ligature en chaîne. Des ligatures de sûreté au catgut furent également faites sur la tranche de section du hile.

Le côté droit fut ensuite exploré. La main sentit une tumeur de même forme, mais plus petite que la première, ayant les mêmes rapports et retenue dans l'excavation par une seule bride fibreuse de la grosseur d'une petite plume de corbeau. Cette bride s'implantait sur la face postérieure de la tumeur. La trompe coiffait une partie du néoplasme, mais elle put en être séparée facilement.

La tumeur attirée au dehors, le pédicule parut plus allongé que celui de l'autre ovaire et une ligature en chaîne double réussit à amener sa constriction la plus complète.

L'utérus occupait maintenant sa place normale ; il apparut plus gros qu'à l'état normal et présenta, au doigt explorateur, une nodosité sur sa face postérieure. On n'y toucha point.

Le ventre fut ensuite refermé par une suture à étages.

A la coupe, les tumeurs ont l'aspect du sarcome ; la plus petite a même une portion kystique. Nous donnerons plus tard la description histologique des deux tumeurs.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

22e Session tenue à Caen, du 9 au 15 août 1894 (suite).

SUR LES GROSSESSES PROLONGÉES.

M. Noury (de Caen). Peu d'auteurs admettent la réalité des grossesses *physiologiques* prolongées au delà du terme considéré comme normal. La plupart des accoucheurs se rangent à l'avis du professeur Tarnier qui soutient que la grossesse prolongée est toujours l'indice d'un des trois états suivants : 1° rétention du fœtus mort *in utero* ; 2° tumeur utérine faisant obstacle à l'accouchement ; 3° grossesse extra-utérine.

L'auteur, après avoir défini la grossesse prolongée, et montré qu'elle peut présenter des degrés bien divers, passe en revue les objections des adversaires de sa théorie ; il conclut que rien n'autorise à la rejeter *a priori*.

Après l'exposé des conditions qui constituent la grossesse prolongée au sens *physiologique* du mot, il cite cinq observations (dont trois personnelles) à l'appui de sa thèse. Puis il montre que les faits observés dans l'espèce humaine sont corroborés par l'observation des vétérinaires sur l'espèce bovine.

Il termine en appelant l'attention des accoucheurs sur cette question et formule les conclusions suivantes :

1° La grossesse prolongée *physiologique*, c'est-à-dire existant en dehors de tout état pathologique, de toute malformation maternelle ou fœtale, s'observe dans l'espèce humaine aussi bien que dans d'autres espèces animales ;

2° Il y a des degrés divers dans la grossesse prolongée ; il est impossible de les évaluer rigoureusement ;

3° En tout état de cause, les faits de cet ordre sont en concordance avec les dispositions du Code civil, justifiant la prudence du législateur, lorsqu'il dit que « la légitimité des enfants nés trois cents jours après la dissolution du mariage *pourra* être contestée ».

THÉRAPEUTIQUE PAR LES FERMENTS FIGURÉS.

Dr de Backer (de Paris). — 1. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe une loi générale de microphagie.

2. La thérapeutique par les ferments figurés est basée sur une

propriété beaucoup plus générale que celle des ferments figurés seuls : cette propriété s'étend aux conidies de la plupart des champignons.

3. Des expériences directes entreprises pour établir ce fait général ont été très probantes.

4. Les cellules jeunes des champignons se laissent pénétrer par les microbes et entravent leur action pour y substituer leur action propre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Séance du 19 avril 1893.

GROSSESSE NORMALE SIMULANT UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Puech rapporte l'observation d'une femme dont la grossesse a pu au début en imposer pour une tumeur abdominale ou une grossesse extra-utérine.

Il s'agit d'une fille de 25 ans, originaire des Hautes-Pyrénées, qui entra, au mois de janvier 1892, dans le service de gynécologie du professeur Grynfeltt pour une tumeur abdominale dont elle s'était aperçue, disait-elle, depuis deux ou trois mois ; elle niait tout rapport sexuel. A un premier examen on constata à droite une tumeur assez volumineuse remontant haut dans l'abdomen et paraissant isolable de l'utérus dont on crut sentir le fond derrière le pubis. L'auscultation, d'abord négative, permit à quelques jours de là d'entendre les bruits du cœur fœtal. L'existence d'une grossesse ne fut donc plus douteuse ; mais, en raison des constatations relatives au siége de la tumeur et à sa pseudo-indépendance de l'utérus, on put se demander pendant quelque temps s'il ne s'agissait pas là d'une grossesse extra-utérine. — La femme fut gardée dans le service. Peu à peu les choses se régularisèrent ; la tumeur devient de plus en plus franchement médiane, et il fut bientôt évident qu'on avait affaire à une grossesse normale.

Le 4 juin, cette femme accoucha à terme d'un enfant bien constitué. — Dans le but de se rendre compte s'il n'existait pas de disposition anatomique de l'utérus pouvant expliquer les particularités relevées au début de la grossesse, M. Grynfeltt se proposait d'introduire la main dans la cavité utérine après la délivrance. — Cette dernière dut être pratiquée artificiellement, le cordon

s'étant rompu au cours des manœuvres de traction et d'expression combinées, entreprises vingt minutes après la sortie de l'enfant. En l'opérant, on peut se rendre compte que la main, après avoir franchi une première stricture formée par l'anneau de Bandl, dut forcer, pour atteindre le placenta, un second sphincter situé vers l'angle droit de l'utérus.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 27 décembre 1893.— Présidence de M. VANHEUVERSWYN.

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE.

M. Fourmeaux lit l'observation d'une femme à laquelle M. Duret a pratiqué l'extirpation d'un kyste ovarien.

X..., 50 ans, ménagère, ne présente aucun accident personnel ni héréditaire. Réglée à 15 ans, sa menstruation n'a jamais été troublée, sauf depuis quelques mois, où le flux menstruel, sans être ni plus ni moins abondant, devance toujours de plusieurs jours la date régulière ; l'écoulement dure quatre à cinq jours.

Mariée, elle ne fit jamais de fausses couches ; des huit enfants qu'elle eut, cinq survivent et sont en excellente santé. Ses accouchements se passèrent sans aucun incident.

L'appétit est excellent ; jamais elle n'éprouva de difficulté, ni du côté de la miction, ni du côté de la défécation ; jamais de signe de péritonite.

Depuis six mois son ventre a grossi : en même temps se montraient des douleurs sourdes, mais tolérables, et surtout une sensation de pesanteur au niveau du périnée.

Actuellement (28 juillet) le ventre a une forme globuleuse, il descend sur ses cuisses ; l'ombilic est saillant ; pas de gêne de la circulation des parois abdominales.

L'abdomen a une consistance rénitente, la surface est lisse ; dans le flanc gauche se trouve une masse polykystique dont les dimensions sont d'environ 18 centimètres de largeur sur 10 à 12 de hauteur. La paroi du kyste paraît épaissie ; il n'a jamais été ponctionné.

La circonférence maxima mesure 94 centimètres ; le pubis est distant de l'ombilic de 18 centimètres.

Les membres inférieurs sont normaux ; on remarque de petites varices inguinales à gauche ; jamais d'œdème malléolaire.

Rien au cœur.

Opération. — Le 31 juillet, M. le professeur Duret ouvre la paroi abdominale et il s'écoule un peu de liquide citrin, ascitique.

Le kyste est très distendu, une légère incision permet l'écoulement de huit litres d'un liquide brunâtre, visqueux ; puis, comme aucune adhérence ne le maintient attaché aux organes voisins, le chirurgien l'énuclée facilement ; le pédicule est pincé, lié et sectionné comme dans une ovariotomie ordinaire.

Mais on s'aperçoit qu'il s'écoule un sang noir assez abondant, il vient des veines du péritoine pariétal. Quelques-unes sont du volume de la radiale ; d'abord on essaie les ligatures isolées, mais les parois sont trop friables ; on les saisit alors avec des pinces en T et on les lie en masse.

Cela fait, et ce temps de l'opération fut assez long, fermeture de l'abdomen par une suture à 3 plans.

Les suites opératoires furent excellentes et l'opérée sortait le 27 août. Cette observation montre que les kystes de l'ovaire par développement peuvent gêner la circulation des parois de l'abdomen : cette malade n'avait aucun antécédent hépatique qui pût expliquer la formation de ce réseau veineux péritonéal ; il faut donc penser qu'il était dû à un obstacle mécanique, le kyste.

Notre observation montre en outre que l'on ne peut se baser sur les données des antécédents de la malade pour penser à la facilité d'une ovariotomie. En définitive, en ouvrant le ventre, on n'est jamais certain d'avoir affaire à une opération qui ne présentera aucun contre-temps opératoire.

(D'après le *Journ. des Sc. méd. de Lille.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS.

La *Société de médecine de Lyon* s'est occupée de la question des différentes méthodes de traitement des fibromes utérins.

C'est tout d'abord M. *Chandelux* qui, après avoir déclaré qu'il

avait obtenu quelques succès en pareil cas, au moyen d'injections d'ergotine, annonce que le chlorure de zinc pourrait peut-être remplacer avec avantage l'ergotine.

Dans un cas de fibrome énorme, rebelle à l'ergotine même, les injections interstitielles de chlorure de zinc, dans le sein même de la tumeur, lui ont donné, en effet, un succès remarquable. Ces injections ont été faites à l'aide d'une longue aiguille, en commençant par des solutions de chlorure à deux pour cinquante.

La tumeur a diminué de moitié et les principaux accidents ont disparu. Ajoutons que cette injection ne paraît pas donner des douleurs aussi vives que celles qu'occasionnaient jadis les injections d'ergotine.

Par contre, M. *Delore* continue à préférer les injections d'ergotine aux injections de toute autre substance.

Sans doute, ces injections présentent des inconvénients : douleurs utérines, rénales, douleurs dans les cuisses, les jambes ; frissons, vomissements. Mais ces accidents, qui durent deux à trois heures à peine, ne sont effrayants qu'en apparence. On pourrait d'ailleurs les éviter, en employant des doses moindres d'ergotine ; en ajoutant son poids d'eau distillée à celle que l'on emploie.

Cette méthode continue à donner d'excellents résultats entre les mains de M. Delore.

Dans la plupart des cas, elle suspend la marche et les accidents des fibromes ; elle produit même parfois une diminution notable de la tumeur.

C'est le col utérin que M. Delore choisit de préférence pour faire l'injection qu'il pratique à l'aide d'une seringue construite exprès.

De son côté, M. *Gouilloud* fait une communication sur les résultats éloignés de la castration dans les fibromes, d'après quinze observations de malades opérées.

Les malades ont été suivies de 1 à 5 ans ; voici les résultats :

Les *hémorrhagies*, vraiment graves dans la plupart des cas, ont été supprimées dans douze cas. Deux fois il y a persistance de pertes sérieuses, mais devenues intermittentes et ne se reproduisant que tous les deux ou trois mois. Chez une autre malade, des règles absolument normales ont succédé à une métrite hémorrhagique.

Deux causes peuvent être invoquées pour expliquer les insuccès : l'existence d'un fibrome tendant à se pédiculiser du côté de la cavité utérine, ou la persistance de fragments ovariens dans le pédicule.

M. Gouilloud croirait plutôt chez ses malades à la persistance de fragments ovariens dans le pédicule.

Toutes les opérées, même celles qui ont gardé des règles ou des pertes, ont été délivrées de leurs douleurs.

Les phénomènes de compression sont particulièrement graves quand ils portent sur les voies urinaires. La castration a supprimé ce symptôme important chez deux malades, les seules chez qui il ait été noté.

En ce qui concerne le volume du fibrome, dans les cas spécialement où il y a eu suppression totale des règles et des pertes, on a observé une diminution brusque du fibrome, d'un tiers environ, avant même le départ des malades, puis une régression lente et continue. Ainsi, dans une observation, le niveau supérieur de la tumeur est noté à l'ombilic lors de l'opération ; quatre ans après il n'émerge plus hors du bassin.

Cette régression est de règle quand il y a suppression des pertes. Dans les autres cas, le développement du fibrome est resté stationnaire.

Il est à remarquer qu'aucune de ces femmes, opérées entre 30 et 40 ans, n'a de phénomène nerveux autre que quelques bouffées de chaleur pendant les premiers mois ; point de crises hystériques, point de regrets de leur état.

Au point de vue de la mortalité, M. Gouilloud fait remarquer que ces quinze femmes, étudiées longtemps après l'opération, correspondent à dix-huit opérées ; il y a eu trois morts par conséquent. Mais comme, dans tous ces cas, c'est l'hystérectomie abdominale qui s'imposait, nul doute que si on avait pratiqué cette dernière opération, on eût eu à déplorer une mortalité encore plus grande.

(*Gazette Médicale de Strasbourg.*)

PASSAGE DES MICROBES AU TRAVERS DU PLACENTA.

MM. Charrin et Duclert. — Nous avons établi que les toxines bactériennes, toxines pyocyaniques, tuberculine, malléine, etc., favorisaient, dans des proportions considérables, le passage des microbes au travers du placenta.

Désireux de reproduire expérimentalement les conditions que réalise la clinique, ces toxines, dans nos recherches, ont été remplacées tantôt par l'alcool, le plomb, le mercure, tantôt par les acides urique

ou lactique. Ainsi se trouvaient représentés les principaux types d'intoxication qui dérivent soit des poisons venus de l'extérieur, sous l'influence des excès, des professions, des tentatives thérapeutiques, soit des déviations de la nutrition, dans la goutte, le diabète, etc., soit des affections parasitaires, le parasite, dans ces cas, fabriquant le toxique, qui, dans d'autres, découle de la vie perturbée des cellules de l'économie.

Les cultures que nous soumettons à l'examen des membres de la Société prouvent, plus étroitement que tout discours, que les tissus des fœtus des femelles à la fois intoxiquées et infectées contiennent et plus fréquemment et plus abondamment des germes que ceux des embryons appartenant aux sujets simplement infectés.

Des différences se manifestent suivant la nature du produit mis en œuvre ; le plomb, du moins dans les conditions fixées, semble prédisposer moins vivement à cette effraction que, par exemple, l'alcool ou le mercure. Les résultats, cependant, sont toujours dans le sens indiqué à propos des sécrétions des agents pathogènes.

Nos expériences, en général, ont été de courte durée. Aussi, avons-nous pu dire qu'un rein, qu'un délivre, qu'un filtre en porcelaine en parfait état retenait les infiniment petits. Toutefois, cette affirmation exige la restriction, restriction omise lors de la première note, relative à cette durée. Nous sommes en effet persuadés qu'à la longue, de proche en proche, de pore en pore, dans des membranes irréprochables, les germes sont capables de pousser des prolongements atteignant l'intérieur des tubuli, la circulation fœtale, la lumière du filtre. Les faits établis par MM. Galippe et Bourquelot sont garants de ce que nous avançons.

Pourquoi ces intoxications rendent-elles ces passages relativement faciles ? S'agit-il de lésions placentaires, d'une action directe sur le virus, de modifications circulatoires, de changements dans la défense, de perturbations organiques ? Nous pourrions, du moins nous l'estimons, faire à ces questions capitales de solides réponses ; mais ces réponses nous conduiraient à aborder des problèmes, poursuivis, comme les précédents, au laboratoire du professeur Bouchard, problèmes trop distincts de ceux dont nous parlons actuellement pour être traités en même temps.

Nous nous bornons aux faits purs et simples.

(*Le Bulletin médical.*)

LES ABCÈS DU SEPTUM URÉTHRO-VAGINAL.

Les abcès de la cloison uréthro-vaginale sont considérés comme étant rares, et cependant les auteurs étrangers en ont publié un assez grand nombre d'observations. M. le Dr Al. Calavassy, qui vient de les étudier dans sa thèse, et a rapporté trois observations recueillies dans le service de M. Augagneur (de Lyon), admet cependant qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le suppose, et pense que, dans un certain nombre de cas, ils sont confondus avec d'autres affections de l'urèthre de la femme.

C'est l'inflammation des follicules intra-uréthraux, lesquels sont pour la plupart des glandes en grappe et ont pour siège principal la partie moyenne de l'urèthre, qui constitue les abcès du septum urétro-vaginal.

La grossesse, les accouchements laborieux, les kystes du vagin, les corps étrangers de l'urèthre, les traumatismes, la blennorrhagie en certains cas, sont les causes les plus ordinaires de ces abcès qui, suivant leur évolution, doivent être divisés en aigus et chroniques.

Dans le premier cas, le plus souvent, ces abcès donnent lieu à une série de troubles douloureux et fonctionnels, très importants à connaître, et tout à fait hors de proportion avec le petit volume de l'abcès et sa bénignité.

Très souvent, le début est caractérisé par une sensation de tension et de pesanteur, que la femme éprouve vers les organes génitaux, puis surviennent des douleurs locales et irradiées ; d'autres fois, chez une femme très bien portante jusqu'alors, on observe une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur douloureuse à la pression et spontanément, ce qui engage la femme à consulter un médecin.

A l'examen on trouve une tumeur implantée sur la paroi postérieure de l'urèthre, elle est située sur la ligne médiane et fait corps avec l'urèthre. Le volume de cette tumeur peut varier d'une noisette à celui d'un œuf de poule. Elle est recouverte par la paroi vaginale saine, mais qui peut être rouge, chaude, ramollie et très sensible.

Le doigt introduit dans le vagin peut contourner facilement la tumeur. Le cul-de-sac antérieur est toujours libre.

La pression de la tumeur contre l'arcade du pubis, par le doigt introduit préalablement dans le vagin, réveille tantôt un simple prurit douloureux, tantôt de fortes douleurs, et quelquefois une sensibilité tellement exquise, que cet attouchement arrache des cris à la malade.

La fluctuation est toujours nette, et c'est le signe que fait constater la pression, lorsque l'ouverture spontanée, qui se fait toujours dans l'urèthre, n'a pas eu lieu. Plus tard, lorsque l'ouverture spontanée s'est produite, outre le soulagement immédiat qui survient, la pression exercée sur la tumeur fait sourdre du pus par l'orifice urétral; pus qui peut être jaune, crémeux ou brunâtre, lorsqu'il provient d'un hématome suppuré. Ce pus est toujours fétide.

L'urèthre est généralement indemne, mais l'inflammation peut se propager jusqu'à cet organe ; il devient œdématié et le méat est à peine visible. Une sonde parcourt facilement tout le canal et arrive sans grandes douleurs dans la vessie ; la sensation d'obstacle vaincu se rencontre très rarement.

En même temps il existe des douleurs pour la miction, du ténesme, quelquefois de la rétention, des douleurs irradiées plus ou moins loin, quelquefois même des vomissements incoercibles et un état général véritablement grave.

Les *abcès chroniques* sont caractérisés, par leur évolution lente, par leur indolence et par leur longue durée. Tantôt l'abcès se présente sous forme d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dure, rénitente, peu fluctuante, ne se modifiant pas par la pression ; tantôt sous forme de poche mollasse, franchement fluctuante et se vidant par la pression digitale; parfois le liquide qui s'écoule est franchement purulent, d'autres fois il est séro-purulent.

Très souvent la tumeur fait saillie à la vulve ; d'autres fois elle est cachée par les grandes lèvres.

Les troubles auxquels donnent lieu ces abcès sont peu accentués, la femme a plutôt une sensation de gêne que de vraie douleur ; fréquemment le coït et la station assise sont douloureux.

Dans un seul cas, M. Duplay a observé des douleurs sous forme de crises.

Le diagnostic est en général facile quand on est prévenu : ce n'est guère qu'avec l'uréthrocèle, laquelle est constituée par la dilatation de la paroi inférieure de l'urèthre et sa hernie dans le vagin, que la confusion pourrait être faite. Mais dans ce dernier cas, il y a une véritable poche se vidant par la pression et se remplissant de nouveau par la miction.

Le traitement est essentiellement chirurgical : il faut ouvrir l'abcès le plus tôt possible et ne pas attendre que la fluctuation soit très ap-

parente, car plus on ouvre tôt, et plus on a de chance d'éviter l'ouverture dans l'urèthre.

On peut employer indistinctement le thermo-cautère ou le bistouri. L'incision est faite sur la ligne médiane et doit intéresser toute la tumeur. Les soins consécutifs sont : les lavages antiseptiques, le drainage, si la poche est anfractueuse, qui s'oppose à la cicatrisation trop rapide et permet à la plaie de se refermer lentement.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

PUERPÉRALITÉ ET MICROBISME PRÉEXISTANT.

Sous ce titre, M. le Dr PRIOLEAU (de Brive) a publié, dans les *Archives de Tocologie*, un article dans lequel il montre que dans certains cas, rares heureusement, l'infection puerpérale est presqu'inévitable et qu'il faut alors redoubler de précautions antiseptiques pour arriver à la combattre.

Dans une première série de cas, c'est l'influence du milieu ambiant qui est à craindre. M. Prioleau a vu ainsi une infection survenir chez une femme ayant fait une fausse couche, alors qu'on ne la croyait pas enceinte, et habitant une pièce voisine d'une autre où sa domestique avait été soignée deux mois auparavant pour un érysipèle. Il n'est pas douteux que ce sont les squames de cette dernière qui ont contaminé l'accouchée qui d'ailleurs finit par guérir. La même chose peut se produire pour toutes les maladies à microbes, variole, scarlatine, furonculose, etc. Aussi ne saurait-on jamais mettre ses accouchées dans un milieu trop sain, bien aéré, exempt de toute mauvaise odeur et surtout indemne de toute contamination par une maladie antérieure microbienne, quelle qu'elle soit. Si l'on ne pouvait éloigner la femme grosse d'un tel milieu, il faudrait d'urgence faire désinfecter la chambre, le plancher, etc.

Dans un second ordre de faits, l'infection peut être produite par une maladie survenant chez la femme grosse, une pneumonie, une grippe, une fièvre typhoïde, etc. Le sang est alors envahi par des matières organiques, c'est une endosepsie, suivant l'expression de Barnes et une autogénie septique quand le poison a été élaboré par la parturiente elle-même. Il faut évidemment des conditions spéciales pour que cette infection se fasse ; néanmoins, quand on se trouvera en présence d'une femme enceinte atteinte d'une maladie présentant à un degré quelconque un caractère infectieux, on fera tous ses ef-

La fluctuation est toujours nette, et c'est l[...]tion de cette maladie ;
la pression, lorsque l'ouverture spontané[...] une parturition en pleine
l'urèthre, n'a pas eu lieu. Plus tard, lor[...]ue l'affection semble être ag-
produite, outre le soulagement i[...]vortement ou l'accouchement ne
exercée sur la tumeur fait sourd[...]écessaire de désinfecter, le plus pos-
peut être jaune, crémeux ou [...]ouchement, car il faut songer qu'une
tome suppuré. Ce pus est [...]ection sera bien plus susceptible d'en lais-
L'urèthre est génér[...]lle à la faveur de l'infériorité de résistance que
propager jusqu'à c[...]re. Il faut se souvenir aussi que l'infection géné-
peine visible. Ur[...]son origine dans le tube digestif et qu'aseptiser
sans grandes [...]rendre le plus grand service aux parturientes.
rencontre [...]troisième catégorie de faits, il existe des lésions à foyers
En m[...]plus ou moins éloignés des organes génitaux, au mo-
quel[...]l'accouchement. La vaginite, la métrite en sont souvent la
q[...]et ce qui montre bien leur influence, c'est qu'un premier ac-
couchement, alors que ces lésions n'existaient pas, a pu se faire sans
infection, et que celle-ci n'est survenue qu'au second, alors que ces
affections se sont montrées.

Les lésions para-génitales, comme la salpingite et la péritonite plus ou moins localisées et éloignées, ont les mêmes conséquences ; et il en est de même de certaines lésions tuberculeuses.

En somme, les accidents puerpéraux peuvent se montrer chez des accouchées lorsque la zone génitale a été précédemment atteinte par des lésions plus tard très atténuées, mais nullement détruites. L'état inflammatoire, l'état réactionnel de toute lésion a disparu, le germe s'est amoindri au point d'être muet, la lésion est latente, mais le germe n'en existe pas moins, et il est tout disposé à se réveiller, à prendre l'offensive si une occasion se présente ; cette occasion c'est l'accouchement.

Aussi ne saurait-on prendre de trop grandes précautions antiseptiques dans les accouchements lorsqu'on se trouve en présence de lésions génitales soupçonnées ou bien établies. Y manquer, c'est s'exposer à de graves mécomptes en voyant ces lésions se réchauffer, se réveiller lors des suites de couches.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

KYSTES HYDATIQUES DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS CHEZ LA FEMME (1),

Par le Dr A. Dermigny.

·e titre, notre très distingué confrère, vient de faire paraître ·téressant travail dont nous extrayons les conclusions sui-

.es hydatiques du cul-de-sac de Douglas sont moins rares ıe le pense généralement. Chez la femme, c'est, en tout état cause, dans la région de ce cul-de-sac que se localisent primitivement la plupart des tumeurs parasitaires du petit bassin.

II. Des faits actuellement connus et bien analysés, il résulte que les échinocoques occupent presque toujours (pour ne pas dire toujours) à leur début, le tissu cellulaire placé au-dessous du cul-de-sac de Douglas, entre le rectum d'une part, le col utérin et le cul-de-sac vaginal postérieur d'autre part.

III. En s'accroissant, ces tumeurs envahissent rarement le périnée et remplissent rarement le vagin. Elles tendent à se développer vers deux directions différentes.

A) A dédoubler les ligaments larges, à gagner les parties latérales de l'excavation pelvienne.

B) A s'insinuer entre le rectum et l'utérus, en refoulant le péritoine et en effaçant le cul-de-sac de Douglas.

IV. Les hydatides arrivent au tissu cellulaire de ce cul-de-sac par la voie sanguine et peut-être aussi en traversant directement les tuniques du rectum.

V. Aucun symptôme spécial ne caractérise ces tumeurs. Aussi leur diagnostic ne peut-il se faire que par exclusion et surtout à l'aide de la ponction exploratrice.

VI. Leur évolution ne diffère pas de celle des kystes hydatiques en général (guérison spontanée, suppuration, ouverture dans les cavités voisines, etc.). Mais par suite de leur siège, ces kystes provoquent des phénomènes de compression et constituent une cause de dystocie.

VII. Aussi doivent-ils être traités de bonne heure. Lorsqu'ils sont suppurés, ils sont justiciables de la thérapeutique habituelle des suppurations pelviennes.

Lorsqu'ils ne sont pas suppurés, le procédé opératoire qui leur est applicable est subordonné à leur volume. Un kyste petit, bien limité au cul-de-sac de Douglas, pourra être traité avantageusement par la

(1) Thèse de Paris, 1894.

ponction simple ou suivie d'injections modificatrices. Un kyste plus volumineux dépassant le niveau du détroit supérieur, réclame la laparotomie. Dans ce cas, la méthode de choix, c'est l'extirpation du kyste ; mais celle-ci restera souvent incomplète ; elle sera toujours difficile et laborieuse, par suite des rapports qu'affecte la tumeur avec le rectum, l'utérus et le péritoine pelvien.

OUVERTURE SPONTANÉE DANS LE RECTUM D'UNE HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE ET GUÉRISON.

M. SUDRE (de Carmaux) a publié, dans l'*Echo médical*, n° 32, l'intéressante observation d'une femme atteinte d'hématocèle rétro-utérine guérie spontanément à la suite d'une ouverture de la tumeur dans le rectum. Les cas de ce genre sont assez rares pour qu'on note au passage ceux qui se présentent.

Il s'agit d'une femme de vingt ans qui, à la suite d'un retard de règles, d'abord attribué à une grossesse, fut prise subitement, le 16 juillet 1893, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, et de symptômes généraux graves, syncope, ballonnement du ventre, etc. Le repos, les vésicatoires firent disparaître les accidents généraux et au bout d'un mois on pouvait sentir dans la fosse iliaque droite une tumeur, grosse comme un fœtus de six mois. Le diagnostic porté fut celui d'hématocèle rétro-utérine, provoquée par une grossesse extra-utérine.

Fin novembre, la malade rend avec ses garde-robes une série de caillots noirs dont la masse peut être évaluée à plus d'un litre. Le toucher rectal ne permit pas de reconnaître le point précis de l'ouverture de la poche.

Huit jours après on sentait encore une induration dans la fosse iliaque, mais la tumeur proprement dite a disparu, et la malade peut se considérer comme guérie.

(*Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

HYGIÈNE DES NOUVEAU-NÉS. — La Direction de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur vient d'inviter les préfets à prendre un arrêté

d'interdiction pour l'allaitement artificiel des enfants, non seulement des biberons métalliques, mais encore des biberons à tubes de différents types de fabrication dont l'usage était encore autorisé par les médecins inspecteurs. Il sera aussi défendu aux nourrices d'administrer aux enfants âgés de moins d'un an une nourriture solide quelconque à moins d'une prescription médicale *formulée par écrit.*

—

Le Dr X..., accoucheur des hôpitaux, possède un moyen *infaillible* pour prédire le sexe futur d'un enfant. Je le recommande à tous les roublards.

On dit à Mme Z...., après auscultation consciencieuse : ce sera un *garçon*. Et l'on inscrit sur le carnet bloc-notes dû à la munificence d'un pharmacien fin de siècle : « Mme Z... : *fille*. »

Le jour de l'accouchement venu, si c'est un garçon, tout va bien. Si c'est, par malheur, une fille, on exhibe aussitôt, triomphalement, le carnet à Mme Z... en affirmant que si l'on a dit « *garçon* », c'est par un inconvenable *lapsus linguæ* !

Qu'en dites-vous, ô déontologistes syndiqués ?

—

Les femmes-médecins en Turquie. — Un des derniers numéros de la *Revue Bleue* contient un article de M. C. Chryssafidès tendant à prouver que l'iradé impérial récent, en vertu duquel les femmes-médecins pourront désormais pratiquer en Turquie, a une importance politique de premier ordre. Pour l'auteur, qui paraît connaître à fond son sujet et son Constantinople, l'initiative répond à un besoin réel, né de la nature même des institutions sociales du monde mahométan. On sait, en effet, que les musulmans ne laissent qu'à contre-cœur le médecin pénétrer dans leurs harems. Aussi, beaucoup de femmes musulmanes, soit par timidité, soit par ordre, évitent-elles d'y avoir recours. Elles se confient à des femmes empiriques et ne recourent à un homme de science qu'en cas de gravité exceptionnelle. L'iradé du sultan va très probablement changer cet état de choses et assurer aux femmes-médecins une influence considérable dans les familles turques, étant donné que les Orientaux professent une vénération particulière pour le médecin. M. Chryssafidès n'a pas de peine à prouver, à ce sujet, et par des exemples nombreux, qu'en ce qui concerne la cour ottomane, les médecins du palais ont toujours été, et sont encore aujourd'hui, des personnages très influents. Il résulterait donc des prévisions de l'auteur, que non seulement les doctoresses sont sûres

de travailler en Turquie, mais qu'elles exerceront encore une influence politique considérable, bien qu'indirecte, au profit de leurs nationalités respectives. Allemandes et Anglaises, on peut en être certain, ne manqueront pas cette double occasion ; qui sait même si, pour les Anglaises, les sociétés bibliques n'estimeront pas que la Bible ne saurait rester étrangère à l'affaire, bien qu'elle ait assez peu de chances de s'assimiler le Coran !

—

LES FEMMES-MÉDECINS. — D'après une statistique publiée par le *Journal des Débats*, il existe dans le Nouveau-Monde plus de 2,000 femmes exerçant la médecine. Sur ce nombre, 130 ont adopté les doctrines homéopathiques ; 70 d'entre elles sont médecins ou chirurgiens des hôpitaux ; 95 professeurs dans les écoles médicales ; 610 se sont vouées à l'étude spéciale des maladies féminines ; 70 sont des aliénistes ; 65 des orthopédistes ; 40 des oculistes ; enfin, 30 des électro-thérapeutistes.

Le Canada ne possède qu'une seule école de médecine qui soit exclusivement réservée à l'éducation scientifique des femmes, mais les Etats-Unis en ont dix, dont une est un établissement homéopathique.

La vieille Europe est bien dépassée. En France, spécialement la profession médicale n'exerce encore qu'un attrait médiocre sur la jeunesse féminine. Au commencement de la présente année scolaire, la Faculté de médecine de Paris ne comptait que 16 étudiantes françaises sur 164 inscriptions. Par contre, parmi les inscriptions féminines à la Faculté des lettres, il y en avait 141 françaises, plus 7 à la Faculté des sciences et 3 à celle du droit.

—

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE CHEZ LES ESQUIMAUX. (Traduit et résumé du *Brooklyn medical Journal*, mars 1894, pages 154-169.) — D'un voyage aux pays boréaux, le Dr Cook a rapporté une série d'observations d'un réel intérêt et qu'il a présentées à la Société gynécologique de Brooklyn.

Chez les Esquimaux, quand une femme est arrivée au terme de sa grossesse, on l'enferme, en hiver, dans une hutte en pierre s'il y en a, ou en neige, sous une tente pendant l'été. Elle reste là absolument seule, avec une provision de vivres suffisante pour plusieurs semaines.

La malheureuse doit se délivrer elle-même en coupant le cordon avec une pierre et donner à l'enfant les soins nécessaires.

Ce n'est que lorsque l'on a entendu, du dehors, pendant quelques jours, les cris vigoureux de l'enfant que l'on vient les délivrer et les rendre à la vie commune.

On conçoit qu'il doive arriver des cas où l'un des deux et parfois les deux malheureux sont morts. D'après les renseignements qu'a pu recueillir le Dr Cook, le fait serait assez commun et on lui en aurait cité trois cas en deux ans. Quand les parents viennent à mourir, on met également à mort, en les étranglant, leurs enfants au-dessous de 3 ans ; c'est une façon radicale de supprimer le budget des enfants assistés.

La raison qu'ils donnent de cette conduite, c'est que l'enfant serait une difficulté pour le remariage.

Les femmes nourrissent leurs enfants très longtemps, jusque cinq et six ans : chez quelques-unes les règles cessent pendant toute la période de lactation, chez la plupart elles réapparaissent après la première année.

Les jeunes filles ne sont réglées que vers dix-neuf ou vingt ans, bien qu'on les marie à douze ou quatorze. On sait que dans ces pays, la nuit continue dure quatre mois, et pendant cette période les femmes ne sont pas réglées.

Les femmes Esquimaux sont assez prolifiques et celles qui n'ont pas d'enfants et qui sont stériles peuvent être répudiées par le mari.

Le mariage n'est définitif que s'il survient un enfant. Comme on les marie vers 12 ou 13 ans, et qu'elles ne deviennent mères que vers 19 ou 20 ans, il y a donc un temps d'épreuve, d'expérimentation comme dit l'auteur. Si dès lors, elle ne devient pas mère, le mari change de femme et celle-ci va de demeure en demeure, d'un homme à un autre, jusqu'à ce qu'elle en trouve un qui veuille la garder un certain temps, et comme généralement elles finissent par avoir un enfant, peu de femmes, en somme, demeurent stériles.

Chez les Esquimaux, comme chez les espèces animales, l'instinct génésique est périodique : il s'engourdit durant cette longue nuit polaire et ne s'éveille qu'avec le retour du soleil. C'est à cette époque qu'ont lieu toutes les conceptions, ce qui correspond à notre fête des actions de grâces, après la moisson. La durée de la grossesse est la même que chez nous.

Les cas de péritonite puerpérale se rencontrent et l'auteur en trouve une explication conforme aux idées actuelles dans l'état de malpropreté des femmes à qui un bain est chose inconnue et dans

les manœuvres qu'elles pratiquent avec leurs doigts pour hâter la sortie de l'enfant.

D'une façon générale les femmes sont très fidèles à leurs maris. Le Dr Cook dit qu'à certains jours de fêtes il peut arriver de certains échanges, mais assez rarement.

Pourtant, dès qu'elles ont eu commerce avec les blancs, elles sont perdues et se donnent pour rien.

Ces faits sont communs sur les navires baleiniers et c'est dans ces tribus-là que la syphilis est fréquente, tandis qu'elle est inconnue chez celles qui n'ont pas de rapport avec ce que l'on appelle la civilisation moderne.

Des tumeurs abdominales ou pelviennes, le Dr Cook n'en a point trouvé chez les quarante femmes prises au hasard qu'il a examinées et l'interrogatoire n'en a point signalé dans leurs familles, leurs ascendants ou descendants.

Il a pu se convaincre que la distinction faite entre le type respiratoire *costo-supérieur* de la femme et le type *diaphragmatique* de l'homme n'existe pas chez ces peuples.

Il n'a trouvé que deux cas de respiration thoracique sur 42 femmes et il attribue ce fait à l'absence de tout vêtement comprimant la base du thorax, les femmes portant de larges pantalons et des habits leur laissant toute liberté.

Leur température est d'un dixième de degré plus élevée que la nôtre et le nombre de leurs pulsations est pour les hommes d'environ 76, pour les femmes de 83 ou 84.

Dans leurs huttes de neige, la température de l'air atteint souvent 27° et ne descend jamais au-dessous de 21, sauf sur la neige elle-même qu'ils recouvrent de fourrures.

Quant à leur nourriture, voici ce qu'en dit l'explorateur : En hiver, pendant la nuit arctique, ils sont presque hibernants, mangent peu, boivent peu, prennent peu de mouvement.

En temps ordinaire ils ne font qu'un repas par jour qui commence à 4 heures après-midi. Ils le font durer quatre heures. Le Dr Cook en a vu manger 5 livres de viande et on lui en a cité qui en absorbaient 15 à 20 livres. Ils ne mangent pas avant de se mettre en route et ne le font qu'arrivés à destination, même si le trajet est de 10, 15 ou 20 milles.

Ils ne se nourrissent que de viande et de graisse de baleine. Ils mangent la viande crue, sans sel, sans assaisonnement d'aucun genre et sont friands du sang de l'animal.

Phoque, morse, narval, ours polaires, renards, oiseaux, telles sont les espèces qui leur fournissent et le vêtement et la nourriture.

Ils ne dédaignent pas le contenu de l'intestin de certains de ces animaux — morse et phoque — et les seuls végétaux qu'ils goûtent sont probablement ceux qu'ils trouvent dans l'estomac du renne.

Dr DELASSUS.

(*Journal des Sciences médicales de Lille.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. — **De l'infection gastro-intestinale chez le nourisson (pathogénie et traitement),** par le Docteur E. THIERCELIN, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants-Assistés, lauréat de l'Académie de médecine. — Prix : 4 francs, in-8° de 156 pages. Paris, 1894, Société d'Éditions Scientifiques.

Voici les conclusions de ce savant et très consciencieux travail qui jette un jour tout nouveau sur cette importante question de l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson et qui fait le plus grand honneur à M. Thiercelin :

« 1° Les cas d'infection gastro-intestinale chez le nourrisson peuvent être rangés au point de vue pathogénique en deux catégories :

Ceux d'origine endogène répondant aux diarrhées endogènes d'Escherich.

Et ceux d'origine ectogène répondant aux diarrhées ectogènes du même auteur.

Les premiers sont dus à l'altération organique de l'estomac ou aux troubles du processus digestif et sont produits par la fermentation des substances ingérées et par l'exaltation de la virulence des microbes normaux de l'intestin.

Les seconds sont dus à l'absorption de substances alimentaires altérées ou mal administrées ou de microbes pathogènes, mais souvent ces deux causes se combinent, et l'infection qui a commencé par être endogène devient en même temps ectogène.

Cette distinction dans l'origine pathogénique de l'infection peut être utile à établir pour le traitement.

2° Au point de vue clinique on peut distinguer :

L'infection gastro-intestinale aiguë,

Et l'infection gastro-intestinale chronique.

La première revêt deux formes :

Pyrétique, qui répond à l'embarras gastrique fébrile, aux entérites aiguës, gastro-entérites aiguës, diarrhées toxi-infectieuses des auteurs.

Et *algide*, répondant au choléra infantile.

Ces deux formes reconnaissent absolument les mêmes causes et leur différence réside dans l'intensité plus ou moins grande de la même infection.

La seconde peut succéder à la première ou s'installer d'emblée chez les enfants débilités : elle aboutit à cet état que Parrot appelle l'athrepsie.

Elle peut aussi apparaître dans le cours de troubles digestifs sous

forme de petits accidents comparables à ceux que Bouchard a décrits chez l'adulte sous le nom d'*auto-intoxications*.

3° Les accidents constatés dans ces différentes formes de l'infection gastro-intestinale sont dus : à la résorption des produits toxiques fournis par les aliments mal digérés ou putréfiés, et à l'action des microbes pathogènes.

Il n'y a pas de microbes spécifiques pour ces différentes formes de l'infection : plusieurs espèces peuvent les produire. Mais le microbe le plus fréquemment rencontré dans tous ces cas est le bactérium coli commune virulent, qui agit dans ces cas ou par ses toxines seules ou par septicémie, c'est-à-dire envahissement de l'organisme par le microbe lui-même. Mais d'autres microbes peuvent venir se surajouter surtout dans les cas d'infection chronique, et donner lieu à des infections secondaires : ce sont surtout le streptocoque, les staphylocoques et le pneumocoque.

Les complications rencontrées dans l'infection gastro-intestinale aiguë ou chronique peuvent être dues au bactérium coli commune ou à un des microbes surajoutés.

Le microbe de la diarrhée verte n'est qu'une variété de bactérium coli commune ayant la propriété de fabriquer du pigment vert.

4° S'inspirant de ces idées pathogéniques, le *traitement prophylactique* cherchera à éviter le contage et à maintenir l'organe digestif en parfait état, en surveillant la nutrition.

Le *traitement curatif* aura pour but de détruire les germes pathogènes, source de l'infection, et d'extraire leurs produits déjà formés par des moyens antiseptiques : calomel et lavage de l'estomac et de l'intestin, diète hydrique, et de lutter contre les symptômes généraux en combattant l'hyperthermie ou l'algidité et les phénomènes nerveux.

Il devra ensuite tendre à rétablir les fonctions digestives troublées par un régime approprié : le képhir semble être un bon aliment de transition entre la diète hydrique qui accompagne le traitement et la reprise de l'alimentation lactée. Quand après l'infection il reste de la dyspepsie avec fermentation anormale et dilatation stomacale, il sera bon de lui adjoindre les lavages de l'estomac.

Les injections hypodermiques de sérum artificiel seront d'un grand secours dans le traitement de l'infection gastro-intestinale. »

Nous ne pouvons que féliciter encore une fois notre distingué confrère d'avoir fait une œuvre aussi personnelle et aussi originale. J. B.

II. — **De la nature du rachitisme. — Traitement de la tuberculose par le carbonate de créosote ou créosotal**. **(Communications faites au Congrès de Rome,** par le Dr Edmond Chaumier (de Tours), 1894.)

III. — **Etude chimique et physiologique du phosphoglycérate de chaux pur**, par S. Prunier.

IV. — **Las transfusiones hypodermicas de suero artificial (methodo de Chéron)**, par le Dr Nicolas Rodriguez y Abaytua. Madrid, Administration de la *Rivista de medicina y cirurgia practicas*, 1894.

V. — **Neurasthenia and its treatment by hypodermic transfusions (According to the method of Doctor Jules Chéron)**, by **Ralph** Browne. London, Churchill, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

152.—De la benzacétine en gynécologie. — Notre confrère *Frank* a fait sur ce sujet une communication intéressante à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Cologne*. La benzacétine préparée par le Dr *Buff* jouit, d'après la relation insérée dans le dernier numéro du *Centralblatt*, de propriétés antinévralgiques remarquables sans causer d'effets secondaires pernicieux.

Il s'agit d'un corps dérivé de la série aromatique et préparé par synthèse après la plus mûre réflexion. Cette façon d'opérer est bien la caractéristique de notre fin de siècle.

Ce produit dont va s'enrichir la matière médicale organique, est l'*acide acétamidométhylsalicylique* ou plus simplement *la benzacétine*.

Il cristallise sous forme d'aiguilles incolores et fond à la température de 205° C. Il se dissout facilement dans l'alcool et difficilement dans l'eau.

Combiné avec des bases, la benzacétine forme des sels actifs.

Les premières recherches ont été faites au moyen d'un sel lithiné de benzacétine renfermant 3,3 % de parties métalliques.

Voici les résultats des expériences instituées pour reconnaître les effets de ce nouveau médicament :

1° Selon *Buff*, l'administration de 8 grammes de ce sel à de petits chiens du poids de 1 1/2 kilogr., ne cause aucun trouble dans l'état général des sujets en expérience ;

2° C'est un bon remède contre les névralgies agissant environ une demi-heure à une heure après son ingestion.

Au surplus, le Dr *Schneider*, après avoir donné 3 grammes *pro die* de ce nouveau produit dans un cas de névralgie du trijumeau chez un homme, âgé de 50 ans, a observé la cessation des accès douloureux.

Hempel, de Wiesbade, et *Schultze*, de Bonn, ont de même traité avec succès l'un un malade atteint de névralgie sus-orbitaire et l'autre un sujet souffrant d'une névralgie du trijumeau et des cas de céphalalgie de cause inconnue ou attribués à l'influenza ou bien à un accès d'angine.

Finklenburg, à Godesberg, est parvenu en donnant la benzacétine lithinée à des patients atteints de migraines rebelles à conjurer les accès du mal.

L'auteur prescrit la dose de 1 gr. dans l'intervalle de 2 heures.

Différents auteurs reconnaissent l'utilité de ce sel médicamenteux à la dose de 1 gr. dans l'insomnie et l'excitation neurasthénique.

A ce point de vue, c'est un succédané de l'opium.

Les névralgies de l'épaule et du bras sont justiciables de ce traitement. *Schultze* a vu dans la moitié des cas une amélioration des douleurs chez quatre malades souffrant de tabes dorsal.

Dans des cas de rhumatisme articulaire aigu et chronique, on a expérimenté ce moyen qui ne jouit pas ici d'une action spécifique comparable à celle du salicylate de soude.

Krux a obtenu des effets favorables, en recourant à la benzacétine, dans les cas de névralgie de l'ovaire les plus invétérés.

Frank relate 25 observations personnelles. Cet auteur donne *ab initio* la benzacétine lithinée à la dose de 0,50 à 1,0 gr. chez les femmes nerveuses souffrant d'insomnie dans le but louable de les détourner de l'usage habituel des narcotiques (opium et morphine). Dans deux cas, il s'est produit des nausées et des vomissements qui ont absolument enrayé l'effet du remède.

Buff, mis au courant de ces faits, a cru qu'il s'agissait dans l'espèce d'une impureté du sel de lithine et a envoyé à *Frank* des tablettes de benzacétine pure qui se laissent absorber facilement sans aucun inconvénient. Si l'administration de ce produit organique ne détermine pas l'apparition d'un sommeil profond, il faut bien reconnaître toutefois que les malades en retirent un repos réparateur.

On sait que les attaques de migraine sont raccourcies et considérablement diminuées par l'usage de la benzacétine.

Ce dernier médicament, à la dose de 0,5 à 1,0 gr., suffit pour calmer les douleurs dues à la périovarite ou à la pelvipéritonite commençante.

Frank n'a pas eu l'occasion d'employer ce moyen thérapeutique dans les névralgies des autres organes.

Il est vraiment à désirer que ce nouveau médicament, en somme très actif, puisse être administré, grâce à quelques modifications ultérieures, en injections sous-cutanées.

En résumé, la benzacétine est un de ces composés de préparation artificielle, destinés à remplacer avantageusement les alcaloïdes de

l'opium si les études ultérieures viennent confirmer les conclusions de ce travail récent. (*Journal d'Accouchements.*)

D' H. Lambinon.



158.— Une eau minérale nutritive et reconstituante. Dans la plupart des maladies aiguës et chroniques, le praticien voit surgir l'indication de prescrire une eau de régime, capable de rehausser le taux de la nutrition et de favoriser la restauration organique. En face de la multiplicité, toujours croissante, des eaux dites « de table » qui, tous les jours, inondent les pharmacies (étiquetées de fallacieuses promesses), l'homme de l'art souffre du plus perplexe des embarras : celui *du choix*. C'est pourquoi je veux rappeler à son souvenir le nom d'une source du Puy-de-Dôme, connue et appréciée, depuis des siècles, pour ses mérites puissamment reconstituants : c'est l'eau de *la Réveille*.

« La Réveille » (ainsi dénommée, dès 1150, par les moines de l'ordre de Cluny) mérite, au plus haut degré, cette dénomination bien suggestive, par l'action régénératrice qu'elle sollicite sur tous les actes de la physiologie nutritive. C'est une véritable « lymphe minérale » suivant la formule de Gubler, que cette eau bicarbonatée gazeuse, ferrugineuse et chlorurée, dont tous les éléments curatifs se trouvent réunis et pondérés, par la nature, avec un souci idéal de l'assimilation et de l'hématopoïèse... 2 gr.1/2 de bicarbonate de soude ; 2 grammes d'acide carbonique ; 25 centigrammes de bicarbonate de magnésie, 7 centigrammes de bicarbonate de fer, et à peu près autant de chlorure de sodium ; telle est, sommairement, la composition de cette eau, particulièrement fraîche aux muqueuses et exquise aux papilles linguales : il suffit de méditer, un instant, cette analyse, pour percevoir, immédiatement, le grand parti, préventif et curatif, que la santé publique peut tirer de la vulgarisation d'une semblable perle hydro-minérale !

La Réveille possède une action élective sur toutes les parties du tube digestif, qu'elle stimule et tonifie puissamment. Apéritive et antibilieuse, elle relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin, calme les irritations des organes du ventre et apaise les souffrances les plus anciennes, liées aux maladies abdominales. Tels sont ses effets *immédiats* et *primitifs*. Lorsque son ingestion (à la dose moyenne d'une bouteille par jour, prise aux repas) est devenue *continue*, durant

quelques semaines, on observe une transformation des plus tangibles dans la constitution générale du sujet : la richesse globulaire du sang augmente sensiblement ; l'organisme musculaire se vivifie et s'affermit, pendant que le système nerveux s'équilibre. Eminemment reconstituante, « la Réveille » est, par excellence, *l'eau de régime des faibles et des convalescents*, le remède des chloro-anémiques, des lymphatiques et des *prédisposés morbides* de tous ordres. Pour ma part, dans ma clientèle de femmes et d'enfants, je lui ai vu, plus d'une fois, produire de véritables résurrections organiques et rendre promptement à la santé parfaite, des individus exsangues, émaciés, débiles, qui paraissent déjà marqués pour la scrofule, le rachitisme ou la tuberculose.

Pétillante et mousseuse, *la Réveille* recèle l'alcalinité nécessaire à la régularisation trophique, sans crainte de dépression ni de désassimilation excessives. D'ailleurs, le fer (auquel l'acide carbonique sert de passe-port) assure en peu de temps une riche rénovation du liquide sanguin : et cela, sans constipation possible, à cause de la présence providentielle de la magnésie et des chlorures. On peut s'expliquer ainsi, *sans mystère*, la place d'élite occupée par cette solution naturelle vivante, dont tous les éléments se pénètrent et se complètent, pour ainsi dire, intimement, d'une manière aussi stable que normale...

Le Dr Savarte recommande surtout *la Réveille* contre les dyspepsies acides et les dyspepsies nerveuses, les états congestifs du foie et de la rate, le catarrhe vésical, la gravelle urique et, en général, toutes les affections qui nécessitent de la diurèse, sans débilitation, mais, au contraire, avec une action *dynamogénique* générale. C'est là le fait d'un grand nombre d'arthritiques, car l'arthritisme est loin d'être toujours la diathèse congestive, se réclamant des eaux alcalines fortes. Bien au contraire, la plupart des arthritiques sont également des lymphatiques, des *atones*, des torpides, qui ont grand besoin du coup de fouet eutrophique déterminé par les eaux martiales gazeuses, bicarbonatées-chlorurées !

Le Dr Monin (dans ses études sur les maladies de l'estomac et de la nutrition) recommande, avec raison, l'eau de « la Réveille », toutes les fois qu'il constate la faiblesse des parois vasculaires et la diminution de la force impulsive du cœur. La plupart des affections abdominales sont, en effet, aggravées par la stagnation veineuse et l'engorgement obstructeur du foie, de la rate et du système porte en général :

Vena portarum, porta malorum... Comme conclusion, nos confrères feront sagement de toujours penser à *la Réveille*, toutes les fois que la perversion nutritive puisera ses origines dans la perturbation des actes, chimiques ou mécaniques, de la digestion, et sera entretenue par un appauvrissement chronique du liquide sanguin ou du système nerveux.

Dr J. Béraud.



154. — Une nouvelle opération pour le traitement du prolapsus des organes génitaux. — Cette nouvelle opération a été imaginée par M. H. W. Freund, de Strasbourg. Elle est d'une très grande simplicité. Elle a été pratiquée, une première fois, sur une femme de 69 ans, en état de décrépitude, affectée, depuis dix-neuf ans, d'un prolapsus des organes génitaux qui lui occasionnait des incommodités très sérieuses. Le vagin était en état d'inversion complète ; le col, siège d'un ectropion, formait l'extrémité du prolapsus. L'utérus, en état d'atrophie sénile, occupait la position médiane. Voici comment procéda M. Freund, pour remédier à ce prolapsus :

Une rangée circulaire de sutures (en forme de blague à tabac) fut appliquée au voisinage de l'implantation du col au vagin, c'est-à-dire qu'avec une aiguille courbe, armée d'un fil d'argent, on traversa la muqueuse vaginale, on pénétra à une certaine distance dans le tissu sous-muqueux, on fit ressortir l'aiguille, on réintroduisit la pointe de l'aiguille par cet orifice de sortie, et on continua ainsi jusqu'à revenir au point de départ. Puis un aide refoula légèrement le col en dedans, on tira sur le fil d'argent et on serra autant qu'on jugea la chose nécessaire, mais pas au point d'entraver l'écoulement des matières sécrétées par l'utérus. Du même coup, le col a disparu totalement ; il s'est rétracté de bas en haut et le prolapsus a diminué corrélativement. A une distance de un à deux travers de doigt, en remontant, on plaça ensuite, de la même façon, un fil d'argent et on serra suffisamment pour que la lumière du conduit vaginal se réduisit, à ce niveau, jusqu'à ne plus livrer passage qu'à la pointe du doigt ; on coupa le fil assez court. On fut frappé, à ce moment, de voir combien le vagin se rétracta de bas en haut, par suite de quoi le prolapsus parut de nouveau diminué d'une certaine quantité. Entre les anneaux formés par les fils d'argent, la muqueuse vaginale se plissa ; les plis deviennent d'autant plus petits que les fils d'argent sont placés plus

près les uns des autres. Un troisième fil d'argent fut placé à une distance du second, égale à celle qui séparait celui-ci du premier. A ce moment, le vagin et l'utérus, chez la femme opérée en premier lieu par M. Freund, avaient réintégré complètement le bassin ; l'entrée du vagin était encore largement béante. Un dernier fil fut placé circulairement autour de l'entrée du vagin.

Cette manœuvre s'éxécuta avec une telle facilité qu'on eût pu sans peine obtenir une colpoclisie complète. Naturellement il ne faut pas serrer le fil au point d'oblitérer complètement l'entrée du vagin ; il faut laisser subsister une ouverture suffisante pour laisser passer les produits de la sécrétion utérine et vaginale.

L'opération s'est faite presque à blanc ; elle n'a duré que quelques minutes ; elle a été très bien supportée ; la femme a pu se lever dès le lendemain. Elle n'a présenté aucun trouble manifeste, pendant les huit jours qu'elle a passés à l'hôpital ; sous l'influence de la marche, de la défécation, etc., le vagin et l'utérus ne se déplaçaient pas.

M. Freund, au moment où a paru son article, avait fait cette opération en tout sept fois. Des avantages qu'il attribue à sa méthode, imitée de celle qui a été imaginée par Thiersch pour remédier à la chute du rectum chez les enfants, sont les suivants.

La perte de sang est presque nulle ; la douleur faible. L'opération se fait en quelques minutes : elle ne nécessite ni préparatifs ni instruments spéciaux. Elle ne nécessite pas non plus l'emploi de l'anesthésie chirurgicale. Elle peut à la rigueur être pratiquée au domicile du médecin. Elle ne se heurte à aucune contre-indication ; tout au plus faut-il l'ajourner, dans les cas de vastes ulcérations des parties procidentes, jusqu'à la guérison des ulcérations. Enfin elle ne réclame pas de soins consécutifs, pas même l'alitement. Si dans un cas de prolapsus volumineux, l'excision de fragments de la muqueuse s'imposait, on pourrait faire précéder l'application des fils d'argent d'une colporrhaphie antérieure et postérieure.

(*Gaz. de Gynécologie*).

***

155. — Traitement de la cystite chez la femme. — Le traitement de la cystite présente chez la femme des particularités importantes, non seulement parce que l'étiologie de l'affection est distincte, mais parce qu'elle s'observe souvent avec une fréquence et une acuité remarquables.

Tandis que chez l'homme la cystite reconnaît presque toujours pour cause l'état de la prostate et du canal uréthral ; chez la femme, cette inflammation est souvent la conséquence de l'accouchement ou d'un traumatisme opératoire.

En un mot, il existe chez la femme des relations entre la vessie et les organes de la génération qui n'ont pas chez l'homme la même importance. La *cause utérine* remplace, chez celle-ci, la cause prostatique de l'homme. D'où indications thérapeutiques différentes.

J'ai dit que le traumatisme opératoire était une cause fréquente de cystite chez la femme.

Il suffit parfois d'une cause insignifiante, telle que l'application d'un tampon de gaze ou d'ouate sur le col utérin pour déterminer un ténesme vésical très pénible.

Il suffit de signaler ces causes au praticien.

J'arrive maintenant à la thérapeutique proprement dite. Je dois pour cela envisager deux périodes distinctes : la période aiguë et la période chronique.

A. *Cystite aiguë.* — La première indication consiste à calmer le ténesme et la douleur. La médication est surtout locale : on alternera les sédatifs en insistant surtout sur l'opium et la belladone, et par la voie rectale de préférence. J'emploie surtout les suppositoires :

Chlorydrate de morphine........... Chlorydrate de cocaïne.............	ãã 0 gr. 01 centig.
Extrait de belladone................	0 gr. 005 millig.
Beurre de cacao....................	3 grammes.

pour un suppositoire.

Un toutes les quatre heures jusqu'à cessation de la douleur et du ténesme.

On peut remplacer la belladone par la jusquiame lorsque la morphine ou les opiacés sont mal tolérés, et employer cette formule :

Chlorhydrate de cocaïne..................	0 gr. 01 centigr.
Extrait de jusquiame.....................	0 gr. 02 centigr.
Beurre de cacao..........................	3 grammes.

pour un suppositoire. 3 ou 4 dans les 24 heures.

Les lavements au laudanum, d'un usage si populaire, sont vraiment utiles dans la cystite de la femme.

Lorsqu'il y a de l'insomnie, je donne le chloral, toujours en lave-

ments et à la dose minimum de quatre grammes pour une femme adulte :

Hydrate de chloral	4	grammes.
Jaune d'œuf	n° 1	
Eau ou lait	150	grammes.

Enfin, l'injection hypodermique d'un centigramme de morphine est encore le moyen le plus sûr de calmer le paroxysme de la douleur cystique avec cette condition essentielle qu'*on ne doit jamais laisser à une femme la possibilité de faire elle-même l'injection* (1).

Les cataplasmes, bains de siège, fomentations sur l'hypogastre sont d'utiles adjuvants du traitement local qui, à mon avis, doit être préféré au traitement général pendant la période aiguë.

Les applications topiques et calmantes peuvent également être appliquées dans le vagin ; je préfère même ce moyen à tout autre lorsqu'il s'agit de combattre la cystite du col. J'emploie la belladone ou la cocaïne :

Lanoline camphrée	30	grammes.
Extrait de belladone	2	grammes.

pour enduire un tampon d'ouate qu'on introduit matin et soir dans le vagin.

(*Journ. de médecine de Paris.*)



156.— Traitement du vaginisme. (Lutaud.)— Je veux parler de la thérapeutique non opératoire, de celle que doit appliquer tout médecin avant d'appliquer le traitement chirurgical, proposé pour la première fois par Sims (1865), puis par moi (1874). On ne peut instituer une bonne médication sans avoir procédé à l'examen local et s'être assuré de la cause qui occasionne ou entretient le vaginisme : végétations, eczéma, vulvite, fissures, persistance de la membrane hymen, etc.

D'une façon générale, on peut formuler ainsi le traitement du vaginisme :

I. Comme les femmes atteintes de cette affection sont presque toujours novices et peu expérimentées dans les détails de l'hygiène sexuel-

(1) Cette règle ne souffre qu'une exception, c'est lorsque la femme est atteinte d'un carcinome utérin.

le, ordonner d'abord de copieuses injections répétées 3 ou 4 fois par jour avec un agent aseptique non irritant tel que l'acide borique ou le bicarbonate de soude. Je prescris souvent :

Chlorate de potasse............... } Laud. de Sydenham.............. }	āā 15 gram.
Eau de gondron	200 gram.

2 cuil. à soupe par litre.

Il est essentiel de s'assurer si les injections sont bien faites, si la canule est introduite assez profondément dans le vagin, etc. On ne sausait se figurer le degré d'ignorance de certaines jeunes mariées en matière de toilette sexuelle. Je recommande également l'emploi de canules en verres *pourvues d'un seul trou* ; le jet ainsi projeté est plus vigoureux et produit une plus grande distension du vagin.

II. Introduire chaque soir dans le vagin une bougie ainsi composée :

Beurre de cacao......................	8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne...............	0 gr. 25 centig.
Extrait de belladone..................	0 gr. 15 centig.
Bromure de strontium................	25 centigr.

pour un suppositoire en forme de bougie de 6 centimètres de longueur.

Lorsqu'il existe un écoulement leucorrhéique très prononcé ou une vaginite traumatique, je prescris :

Beurre de cacao......................	8 gram.
Iodoforme...........................	1 gram.
Extrait de belladone..................	50 cent.

pour une bougie cylindrique.

III. Badigeonner fréquemment la vulve et l'entrée du vagin avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne...............	2 gram.
Eau distillée.........................	20 gram.

Je recommande surtout cette application au moment où les tentatives de coït devront être effectuées. A ce moment aussi je conseille de lubrifier les parties génitales (des deux sexes) avec une préparation appropriée. Voici une excellente formule pour cet usage :

Huile d'amande douce................	30 gram.
Cire blanche........................	5 gram.
Glycérine...........................	4 gram.
Baume de la Mecque..................	0 gr. 50 centigr.
Essence de bergamote................	II gouttes.

IV. Les bains émollients et prolongés sont très utiles. J'ai réussi dans certains cas à vaincre la résistance de la membrane hymen en conseillant l'introduction dans le bain de spéculums spéciaux dont on augmentait graduellement le volume. On trouve dans le commerce des spéculums à bains perforés dont une des extrémités est arrondie. Les femmes s'habituent peu à peu à l'introduction d'un corps étranger assez volumineux pour distendre l'orifice vulvaire et émousser la sensibilité.

V. Ce traitement est suffisant dans la grande majorité des cas pour guérir le vaginisme, surtout celui qui n'est dû à aucune lésion des organes.

Il existe cependant quelques cas rebelles. Dans deux cas où les femmes hésitaient à se soumettre à un traitement chirurgical, j'ai pu faciliter la grossesse, non pas en anesthésiant la femme comme l'a fait Sims pour permettre le coït, mais en faisant une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine avant le rapprochement sexuel. La morphine possède des propriétés sédatives qui se manifestent plus spécialement sur l'appareil génital. J'ai pu ainsi rendre le coït possible ; comme un seul rapprochement complet suffit souvent pour produire la conception, on arrive ainsi à la guérison du vaginisme par la grossesse et l'accouchement.

Le traitement chirurgical du vaginisme est cependant nécessaire dans certains cas et consiste soit dans la dilatation forcée, soit dans la section du sphincter pendant l'anesthésie.



157. — Le traitement conservateur de la salpingite. — D'après P. Mundé, pour beaucoup de chirurgiens et de gynécologistes de nos jours et plus particulièrement de ces dernières années, l'ablation des trompes et des ovaires était le seul moyen de guérir l'inflammation de ces organes.

Mundé avoue qu'il a lui-même opéré les malades qu'avec un peu de patience et de persévérance il eût pu guérir sans intervention opé-

ratoire et que, d'autre part, un certain nombre de ses opérées n'ont pas été guéries de leurs maux.

Ce qui doit ajouter encore à la circonspection du gynécologiste, c'est la difficulté d'un diagnostic précis.

Quelles que soient les sensations perçues au toucher : immobilisa- de l'utérus, tumeur dans les culs-de-sac..., ce n'est que par la laparotomie que l'on peut se rendre un compte exact des adhérences, des épaississements, de l'occlusion de la trompe.

Aussi, dans le doute, avant de recourir aux méthodes radicales d'ablation, Mundé estime-t-il qu'il faut s'adresser au traitement palliatif (non opératoire), ou aux procédés conservateurs.

Les cas aigus, subaigus ou chroniques d'inflammation tubo-ovarienne seront traités médicalement par les moyens suivants :

A la période aiguë : repos, cataplasmes, douches vaginales chaudes, calmants de la douleur et de la fièvre ; à la période subaiguë : les tampons vaginaux iodés et glycérinés, les bains de siège et les révulsifs cutanés peuvent amener la guérison en trois ou six semaines. A la période chronique, le même traitement donnera quelquefois la guérison, ou une amélioration et en tout cas évitera à la malade la section abdominale avec ses dangers.

Sans doute, ajoute Mundé, ce traitement ne donne pas toute satisfaction, mais il serait heureux s'il pouvait amener la jeune génération médicale à user moins du bistouri et à chercher à conserver à la femme ses organes caractéristiques.

Mundé ne croit guère à l'efficacité du massage dans le but de libérer les annexes adhérentes non plus d'ailleurs qu'à la dilatation de la cavité utérine selon la méthode de Pryor et autres.

Il admet comme très rationnelle la manière de faire recommander par plusieurs auteurs, dans laquelle on se borne après ouverture du ventre, à rompre les adhérences tubo-ovariennes, à laver la trompe pour la débarrasser du muco-pus qu'elle peut contenir.

Il admet encore les oophorectomies partielles où l'on se borne soit à ouvrir au thermo-cautère les kystes folliculaires, soit à les réséquer et suturer leurs parois au catgut. En somme, il faut s'abstenir de l'ablation des organes malades autant que possible et s'adresser aux méthodes conservatrices du traitement.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

158.— Traitement des vomissements d'origine utérine. (LUTAUD.)— Tous les gynécologues savent que chaque fois que l'utérus subit des modifications de volume ou de structure dues soit à des néoplasmes, il se produit un état nauséeux, puis des vomissements pouvant devenir assez graves pour déterminer la cachexie.

Le meilleur médicament à opposer aux vomissements est la cocaïne qui agit à la fois sur les centres nerveux et sur la terminaison des nerfs sensibles de la région du cardia.

Voici la formule que j'emploie habituellement :

Chlorhydrate de cocaïne..................	0 gr. 10 c.
Antipyrine..............................	1 gram.
Eau distillée...........................	100 gram.

par cuil. à café toutes les 1/2 heures jusqu'à cessation des vomissements.

Lorsque l'estomac ne peut tolérer même une petite quantité de liquide, j'ai recours à une préparation plus concentrée :

Chlorhydrate de cocaïne..............	0 gr. 50 c.
Eau distillée.......................	30 gram.

Prendre d'abord X gouttes de cette solution ; renouveler la dose au bout d'une heure, puis au bout de trois heures s'il n'y a pas de résultat. Donner ensuite une dose de 3 ou 4 gouttes avant les repas.

Je me suis bien trouvé des applications locales de cocaïne sur le col dans la grossesse ou lorsque les vomissements étaient dus à une métrite aiguë. J'applique sur le col un tampon imprégné de la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaine...................	1 gr.
Extrait de belladone......................	25 c.
Vaseline..................................	10 gr.

Il est, du reste, un fait d'observation, non expliqué, à savoir que les applications locales faites sur le col font souvent cesser les vomissements de la grossesse. On connaît la méthode de Copeman, qui consiste à dilater l'orifice du col avec le doigt dans les vomissements graves. Ce procédé fait souvent cesser les vomissements sans provoquer l'avortement.

J'ai obtenu plusieurs succès en appliquant le procédé indiqué par Routh, et qui consiste à découvrir le col avec le spéculum et à le badigeonner avec de la teinture d'iode.

Tous ces procédés doivent être appliqués dans les cas graves.

Daus les vomissements d'intensité moyenne et dans la nausée utérine, j'ai employé avec succès l'iodoforme associé à la teinture d'iode :

Teinture d'iode	àà 10 gram.
Chloroforme	

5 gouttes matin et soir, au moment des repas, dans un peu d'eau ou d'eau de Seltz.

Enfin, on aura recours à la médication applicable aux vomissements ordinaires de cause non utérine, et on surveillera l'alimentation qui devra être pratiquée par le rectum chaque fois que l'estomac ne pourra retenir les aliments.

Dans un cas récent j'ai pu soutenir les forces vitales en injectant par la voie hypodermique la formule suivante :

Phosphate de soude	1 gr.
Ean distillée	10 gr.

Une seringue de Pravaz matin et soir.



159. — Influence des bains de mer sur la menstruation. — Le Congrès d'hydrothérapie marine, qui s'est réuni récemment à Boulogne, marque une étape importante dans les progrès de cette branche capitale de la médecine : l'hydrothérapie.

Nous devons accorder une mention spéciale à l'intéressante communication de M. Houzel sur l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation.

Ainsi que le montre M. Houzel, les femmes de la marine, pêcheuses de crevettes et de moules, vont dans la mer des heures entières, faisant de longs trajets, toutes ruisselantes d'eau de mer, hiver comme été, réglées ou non, sans en paraître incommodées, les affections utérines restant très rares chez elles.

Ces femmes, peu nourries, sommairement vêtues, les jambes et les pieds nus, se rendent par tous les temps à la mer, où elles restent plongées jusqu'à la taille, parfois jusqu'aux aisselles, et cela pendant des heures entières. Elles s'en vont ensuite vendre le produit de leur pêche, les vêtements ruisselants d'eau et parfois complètement gelés. Or, elles vont dans la mer par tous les temps, pendant leurs règles, étant enceintes, en nourrissant, et toutes, sans exception, n'ont qu'à

se louer de cette immersion : jamais aucune n'a éprouvé le plus petit malaise.

Il est certain que les femmes qui auraient des lésions graves des annexes de l'utérus ou qui ne seraient pas habituées aux bains de mer, ne pourraient imiter ces pêcheuses. Mais toutes les femmes dont l'appareil génital est sain peuvent user des bains de mer, à la seule condition de s'y entraîner d'une façon progressive.

Ces pratiques, d'ailleurs, ne sont pas particulières aux femmes de Boulogne et de la côte avoisinante. Toutes les pêcheuses sont dans le même cas, et il semble que l'on puisse conclure avec M. Houzel que : 1° les bains de mer continués pendant les règles, à la condition qu'on y soit acclimaté, facilitent la menstruation ; 2° ils accroissent la durée de la vie génitale ; 3° ils augmentent la fécondité d'une manière remarquable.

Sans conseiller aux femmes de nos villes de revenir à l'état de nature et de ne tenir aucun compte d'états qui sont cependant physiologiques, on peut donc, tout au moins, les engager à une prudence moins exagérée, et leur donner pour exemple beaucoup d'Anglaises, qui se baignent même pendant leurs règles et qui n'en souffrent en aucune manière.

Ces idées de M. Houzel viennent heureusement confirmer ce que nous savions déjà concernant l'application des douches pendant la période menstruelle ; de sorte que nous pouvons poser en règle générale que toute pratique hydriatrique (bains ou douches) pendant la période menstruelle ou pendant la grossesse, n'est jamais dangereuse et est souvent utile, lorsqu'il s'agit de femmes dont les annexes sont saines et qui sont déjà habituées aux bains de mer ou aux douches. (*Revue d'hygiène thérapeutique.*)

DESCOURTIS.



160. — Pansement antiseptique du mamelon au début de l'allaitement. (LEPAGE.) — L'une des nombreuses raisons invoquées par la femme enceinte ou par son entourage pour ne pas allaiter est la crainte de voir survenir des complications du côté des seins. L'antisepsie a diminué la fréquence des lésions suppurées de la mamelle, mais n'a pas fait baisser la proportion des crevasses du sein. Le docteur Pinard conseille les compresses bouillies imbibées de solution d'acide borique à 3 p. % et recouvertes de taffetas gommé. Après

chaque tétée, laver le sein de la mère et la bouche de l'enfant. Le docteur Lepage conseille le lavage du mamelon avec du coton imbibé d'un mélange à parties égales de liqueur van Swieten et de glycérine ; si les crevasses apparaissent, pansement permanent avec des rondelles de tarlatane stérilisées et imbibées de mixture glycéro-mercurielle.



161. — Traitement du tænia chez l'enfant. (DESCROIZILLES.) — 1° Pendant deux ou trois jours, régime alimentaire spécial préparatoire : soupes maigres, œufs, lait, pain en quantité modérée.

2° Durant les dernières vingt-quatre heures : régime lacté absolu ;

3° La veille de la tentative d'expulsion, lavement laxatif vers le soir. Un second lavement abondant trois heures avant l'ingestion du remède.

4° La potion antihelmintique est ainsi formulée :

Extrait éthéré de fougère mâle..........	8 gr.
Calomel..............................	0,40 cent.
Eau de menthe........................	10 gr.
Gomme arabique.......................	5 gr.
Sirop simple.........................	26 gr.

Eau distillée, q. s. pour une potion de 60 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche de dix en dix minutes.

5° Quelques heures après : injection d'huile de ricin (25 à 30 grammes).

FORMULAIRE

Traitement des ectropions par les injections interstitielles d'acide picrique. (JULES CHÉRON).

On a préconisé, dans ces derniers temps, le traitement des ectropions du col de l'utérus par les injections interstitielles de glycérine créosotée au 1/3. Ce mode de traitement est presque toujours douloureux ; il est péniblement supporté par certaines malades qui se plaignent du

goût désagréable de créosote qui survient quelques minutes après les injections dans le col et qui peut persister plusieurs heures; il donne lieu quelquefois à des syncopes, sans gravité il est vrai, mais qui ne laissent pas d'effrayer les malades.

Nous n'avons observé aucun de ces inconvénients avec les injections insterstitielles d'acide picrique, dont l'efficacité nous semble au moins égale à celle des injections créosotées.

La formule que nous employons est la suivante :

Acide picrique pur..................	1 gramme.
Eau distillée........................	120 grammes.

Une seringue de Braun d'une contenance de 5 cent. cubes est remplie de cette solution et armée d'une longue aiguille *ad hoc*.

Le vagin ayant été désinfecté, le col est mis à nu à l'aide du spéculum et on injecte le contenu de la seringue en une dizaine de piqûres réparties sur la surface des ectropions. Avant de pousser le liquide de l'injection dans le tissu sous-muqueux (il est inutile d'essayer de faire pénétrer le liquide dans le parenchyme), on attend que le léger écoulement sanguin provoqué par l'introduction de l'aiguille se soit arrêté spontanément. Quand on éprouve une certaine difficulté à faire pénétrer davantage de solution picriquée, au point piqué, on attend quelques instants et on fait une piqûre dans un point voisin.

Un pansement à la gaze iodoformée est placé ensuite sur le col.

Les injections interstitielles sont renouvelées tous les 4 à 5 jours; il est rare qu'on ait besoin de les recommencer plus de 8 à 10 fois pour obtenir la disparition complète des ectropions.

Ce mode de traitement n'étant nullement douloureux, ce n'est que chez les personnes très pusillanimes qu'on aura recours à l'anesthésie locale à la cocaïne, avant chaque séance.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — La gynécologie au huitième Congrès de chirurgie.
II. — L'incision vaginale dans le traitement des collections pelviennes.

Nos lecteurs trouveront dans une autre partie de ce journal le résumé des communications faites au huitième Congrès de chirurgie sur des questions gynécologiques. Nous nous bornerons ici à signaler les travaux de M. Segond sur l'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes, de M. Delaunay sur l'ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus, la discussion mouvementée qui a eu lieu entre MM. Delagenière (du Mans), Segond, Lucas-Championnière et Michaux sur l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. L'hystérectomie abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes a fait l'objet de deux communications de M. Delagenière et de M. Schwartz. M. Vulliet a donné sa statistique d'hystérectomie pour fibromes utérins. M. Schmeltz préconise l'hystérectomie associée aux opérations plastiques vaginales dans la cure du prolapsus... Jusqu'ici, c'est le Congrès de l'hystérectomie. Ajoutons des réflexions de M. Laroyenne sur l'ovariotomie, le traitement de la pelvi-péritonite par M. Bois-

leux, un cas de tumeur solide de l'ovaire de M. Rogée, un cas de grossesse extra-utérine de M. Djemil-Bey, avec des remarques de M. Pilliet sur le même sujet et attirons tout particulièrement l'attention sur les communications de M. Condamin sur une forme particulière de cancer utérin et sur la salpingo-ovariotripsie et enfin sur la communication de M. Guilloud, qui note 14 cas de grossesses chez des opérées de salpingo-ovarite.

Le huitième Congrès de chirurgie nous offre l'occasion d'analyser un excellont mémoire de M. Mangin (de Marseille) sur l'évacuation par l'incision vaginale des collections pelviennes. Ce mémoire a été publié, il y a plusieurs mois déjà, dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, dans le *Marseille médical*, et il est repris actuellement par la *Gazette de Gynécologie* ; c'est dire que le sujet est bien à l'ordre du jour. Le travail de M. Mangin a le mérite d'apporter un nouvel appui à la gynécologie conservatrice que nous défendons dans ce journal ; c'est un travail consciencieux et basé sur 22 observations personnelles avec un seul cas de mort ; il a donc des titres plus que suffisants pour être l'objet d'une analyse détaillée.

Les indications capitales de l'incision vaginale sont les suivantes, d'après M. Mangin :

1° Toutes les collections inflammatoires non énucléables : les véritables abcès péri-utérins, qu'ils aient pour siège le ligament large, le tissu cellulaire, ou qu'ils soient localisés dans le péritoine. Ici l'indication est admise par tout le monde. Les avantages de l'incision vaginale sont considérables : ouverture large dans la partie la plus déclive, évacuation facile du pus, effacement rapide de la cavité à la suite de la compression qui est exercée ici naturellement par les intestins.

2° L'auteur préfère la laparotomie à l'incision vaginale dans

les pyo-salpinx à pus non virulent, l'hydro-salpinx ou l'hémato salpinx et les ovarites chroniques, car, dans ces cas, la laparotomie est plus radicale et sans danger. Cette opinion est très défendable, surtout avec la restriction suivante, qui est apportée par M. Mangin : « C'est ici le triomphe de la laparotomie, disons-nous, mais seulement après échec des petits moyens qui, si souvent, amènent la disparition des collections liquides même très volumineuses (1). Traitements, soit dit en passant, par trop négligés ou décriés par beaucoup de chirurgiens qui, en se basant sur les échecs de la médecine et de la petite gynécologie dans quelques cas, arrivent à se faire illusion à eux-mêmes et à ériger la laparotomie en règle générale. Actuellement la réaction contre ces opérations à outrance commençant à se faire et les malades devenant plus récalcitrantes, on peut constater plus fréquemment que nombre de malades supportent très bien des lésions, même sérieuses, des trompes sans en souffrir, ou guérissent soit spontanément, soit par les petits moyens de la gynécologie actuelle, alors qu'elles avaient été reconnues justiciables du bistouri, et cela souvent par plusieurs chirurgiens. Nous pourrions facilement citer une vingtaine de faits de ce genre observés par nous depuis quelques années. »

3° Dans les collections tubaires accompagnées de fièvre peu intense, si cela est possible, attendre la stérilisation spontanée de la collection et laparotomiser. L'incision vaginale n'est indiquée que si la poche est facilement accessible par le vagin ou si l'état général est tel qu'on ait à craindre une issue fatale par choc en ouvrant le ventre.

4° Dans les collections tubaires ou ovariques s'accompagnant de fièvre intense, l'évacuation par le vagin est préférable à la laparotomie, toujours dangereuse dans ces cas.

(1) J'ai vu, pour ma part, disparaître peu à peu une collection tubaire du volume du poing sous la seule influence du drainage utérin et des pansements vaginaux. J. B.

5° La voie vaginale est encore la voie de choix dans les collections mixtes (collections tubaires associées à des collections non énucléables).

6° Les hématocèles suppurées rentrent dans la catégorie des collections non énucléables et sont justiciables de l'incision vaginale. La question est discutée et discutable, malgré les belles statistiques de Laroyenne, malgré Routier et Gusserow, dans les hématocèles non suppurées. Cependant, l'absence de choc après l'incision vaginale fait que l'on peut tenter l'opération même dans les cas les plus désespérés.

Voyons maintenant le manuel opératoire suivi par l'auteur :

« Au point de vue opératoire nous nous sommes tantôt servi du trocart de Laroyenne, tantôt du bistouri ; incisant couche par couche le plus près possible de l'utérus, afin d'éviter la blessure du rectum, blessure qui a été signalée quelquefois, ou celle de la vessie, suivant que la collection était en arrière ou en avant de l'utérus. En se servant du bistouri, il est prudent de se rendre compte à l'aide du doigt du chemin que l'on suit.

« Nous nous sommes servi du trocart surtout dans les cas où l'anesthésie pour une cause ou une autre n'avait pu être pratiquée : dans un cas, au lieu du métrotome, nous nous contentions de glisser un bistouri boutonné dans la rainure du trocart et d'inciser légèrement ; ensuite nous introduisons un instrument mousse, des ciseaux courbes de préférence, que nous ouvrions lentement jusqu'au degré voulu ; par prudence on peut introduire un doigt dans le rectum pour éviter toute déchirure. On a par ce procédé une plaie donnant peu de sang ; aussi jamais nous n'avons constaté d'hémorrhagie nécessitant soit un pincement, soit l'application de l'éponge hémostatique que préconise Laroyenne. Il est cependant prudent d'être prêt à employer ce moyen en cas de besoin.

« Pour les cas un peu difficiles, lorsque la tumeur est petite,

haut placée, difficilement accessible, nous préférons le bistouri.

« Sauf le cas d'abcès rétro-vésical, nous avons toujours fait notre incision dans le cul-de-sac postérieur, afin d'éviter la blessure des uretères ou de l'artère utérine. Nous préférons la simple incision transversale à l'incision longitudinale préconisée par Byford et Boisleux, incision qui donne peu de jour. L'incision en L. de Delbet ne nous a jamais semblé nécessaire.

« Lorsque les collections étaient latérales, nous allions les chercher par cette voie, saisissant la paroi de l'abcès (quand nous étions arrivé suffisamment haut pour ne rien léser) avec une pince à griffes courbes et incisant à petits coups au moyen de ciseaux guidés sur le doigt ; on peut ouvrir ainsi des poches très haut placées. Lorsqu'elles sont mobiles, on les attire vers le vagin et on les fixe aux lèvres de l'incision par des points de suture ou par des pinces laissées à demeure ; si elles sont petites, on les enlève. Une fois la poche largement incisée, si l'on se trouve en face d'une collection bien limitée à parois fermes, il est utile de faire un grattage avec une curette mousse un peu volumineuse. On avance ainsi de beaucoup la guérison, surtout dans les vieilles salpingites, et on se met presque à l'abri des récidives, inévitables, si on laisse l'orifice vaginal se fermer trop tôt. Il est bon, lorsqu'on le peut, de tamponner avec de la gaze, la poche vidée et lavée ; toutefois ce tamponnement devra être assez lâche, de façon à permettre l'écoulement facile des liquides ; il ne devra pas durer trop longtemps ; on pourrait, en effet, voir reparaître la fièvre au bout de peu de temps ; le pouvoir antiseptique de la gaze, s'épuisant facilement, elle n'agit plus que comme agent de rétention.

« Le drainage avec un gros drain en croix ou avec le treuil à pavillon discoïde de Segond donne de bons résultats, mais à condition que celui-ci fonctionne bien, ce qui est rare. Le

mieux est de se contenter de tenir la plaie vaginale largement ouverte, ce qui est facile en faisant des lavages quotidiens avec une sonde à double courant, à écartement, par exemple avec la sonde de Doléris. Si la plaie se refermait, on l'ouvrirait par déchirure au moyen d'une grosse pince ou de ciseaux que l'on introduirait et que l'on retirerait après écartement des branches. Les mêmes précautions que pour la première ouverture sont à prendre dans ce cas, afin de ne pas léser le rectum.

« Pour le lavage de la poche, si celle-ci est petite, l'incision large, le retour des liquides facile, on pourra utiliser les antiseptiques puissants : sublimé, biiodure de mercure, etc., mais si la collection était volumineuse, surtout si on avait affaire à une paroi friable formée d'exsudats, il serait préférable de n'employer que des antiseptiques inoffensifs ; car il s'en absorbera toujours une quantité notable et on pourrait voir survenir des accidents fort graves et même mortels comme à la suite d'injections intra-utérines mal faites.

« Il faut non seulement assurer le retour des liquides, mais aussi n'utiliser qu'une pression faible ; on pourrait craindre en effet, avec une pression un peu forte, de forcer les barrières opposées par la nature en cas de poche formée par des exsudats.

« Lorsqu'il existe ou même lorsqu'on soupçonne seulement l'existence d'une fistule intestinale, on évitera également les injections à liquide dangereux. Une partie de l'injection pourrait passer dans l'intestin et s'absorber.

« Le mieux est de se servir d'une solution saturée de naphtol; on ne peut guère, avec un antiseptique aussi faible, espérer une asepsie parfaite et prolongée, mais on pourra toujours modérer l'infection, surtout si on se sert comme adjuvant d'applications de glace sur le ventre, applications qui peuvent être maintenues pendant un temps très long sans in-

convénient ; grâce à ce moyen, s'il survenait des phénomènes d'inflammation, ils resteraient presque certainement localisés au petit bassin. »

Voici, pour terminer, les conclusions de ce mémoire d'une réelle importance au point de vue de la gynécologie pratique, ainsi que nous avons essayé de le mettre en relief dans cette Revue :

« En résumé, nous pouvons dire que le procédé de l'incision vaginale employé pour l'évacuation des collections pelviennes d'origine inflammatoire, ne mérite pas le discrédit dans lequel il est tombé depuis quelques années. C'est là une opération très simple à la portée de presque tous les médecins, offrant réellement peu de dangers, sous le couvert de l'antisepsie, et appelé certainement à remplacer dans beaucoup de cas la laparotomie et surtout l'hystérectomie vaginale, lorsque ces opérations se présentent comme trop dangereuses.

« Une autre raison, en outre, militera en faveur de ce procédé ; c'est l'impossibilité de voir survenir ultérieurement une grossesse, comme il en a déjà été constaté quelques exemples. »

Les 14 cas de grossesse, cités plus haut et rapportés par M. Goüilloud au Congrès de Lyon, viennent encore hautement confirmer cette dernière conclusion.

JULES BATUAUD.

TECHNIQUE DES TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES

de sérum artificiel

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

Dans notre ouvrage (1), nous avons discuté longuement les avantages que présente, dans les maladies à hypotension, l'em-

(1) *Loc. cit.*, p. 183.

ploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel sur celui des médicaments ordinairement utilisés pour relever la tension artérielle, c'est-à-dire, la digitale et son alcaloïde, le strophantus, le muguet, l'adonis vernalis, la scille, l'ergot de seigle, la caféine, la strychnine.

Il nous suffira, dans ce résumé, de dire que la digitale, souvent impossible à administrer, chez les malades atteintes d'inflammation pelvienne, en raison de l'intolérance de l'estomac, présente le grave inconvénient de ne pas pouvoir être utilisée d'une façon prolongée, alors même que l'état des voies digestives en permettrait l'emploi, car elle s'accumule dans l'organisme et deviendrait toxique ; les transfusions hypodermiques, au contraire, ne présentent jamais aucun danger et peuvent avec avantage, comme nous l'avons fait très souvent, être continuées régulièrement, pendant plusieurs mois consécutifs, sans interruption.

L'ergotine est très douloureuse si on l'introduit par la voie hypodermique ; elle est ordinairement mal tolérée par l'estomac ; ces deux inconvénients sont déjà suffisants pour nous faire préférer les transfusions de sérum artificiel.

La caféine n'a qu'un effet beaucoup trop peu durable sur la tension artérielle pour prétendre à remplacer les tranfusions dans les inflammations pelviennes aiguës ou chroniques.

La strychnine, enfin, est difficilement maniable ; pour peu qu'on dépasse la dose nécessaire, on observe des phénomènes d'intoxication : resserrement pénible des tempes, contraction des masseters, crampes gastriques très douloureuses, rétention biliaire, constipation, etc. Son emploi est souvent suivi de phénomènes de dépression très accentués. En présence de ces accidents, j'ai abandonné la strychnine, d'autant plus facilement que les transfusions de sérum artificiel me permettaient d'obtenir les mêmes résultats thérapeutiques, sans avoir jamais à craindre les phénomènes toxiques que je viens de rappeler.

Ainsi donc, action certaine sur la tension artérielle, action rapide, action durable, facilité d'application, alors même que l'état des voies digestives ne permet pas de recourir aux autres

médications, tels sont les avantages des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

Il ne nous reste plus qu'à décrire les appareils qui servent, en clinique, pour la mesure de la tension artérielle et à exposer le mode d'emploi de ces appareils. Nous ne décrirons que les principaux : sphygmomanomètre de Basch, sphygmomanomètre de M. Potain, sphygmomètre de Verdin.

Le premier sphygmomanomètre de Basch (1881) est un manomètre à mercure en U dont la grande branche est graduée en centimètres et dont la petite branche communique avec un tube de caoutchouc, rempli d'eau, terminé par une pelote également remplie d'eau et constituée par un entonnoir de verre recouvert d'une membrane de caoutchouc. Sans insister sur le manuel opératoire de cet instrument trop encombrant pour être utilisé dans la clinique journalière, contentons-nous de dire qu'on comprime la radiale, au niveau du poignet, en exerçant une pression de plus en plus forte sur ce vaisseau, au moyen de la pelote du sphygmomanomètre, jusqu'à ce que l'on obtienne la cessation complète du battement de l'artère. A ce moment, on lit sur l'échelle du manomètre, la hauteur à laquelle s'est élevé le mercure dans la grande branche de l'appareil, et on obtient ainsi approximativement la tension maxima de l'artère radiale.

Plus tard, Basch a fait un autre sphygmomanomètre un peu plus pratique (1), mais très inférieur encore aux deux appareils vraiment cliniques : le sphygmomanomètre de M. Potain et le sphygmomètre de Verdin qu'il nous reste à décrire.

Le sphygmomanomètre de M. Potain se compose d'un manomètre métallique à cadran, gradué par comparaison avec un manomètre à mercure et marquant des pressions de 0 à 35. Ce manomètre est mis en rapport avec un tube de caoutchouc terminé par une ampoule creuse, également en caoutchouc. Pour tendre l'ampoule, il suffit d'insuffler une certaine quantité d'air

(1) Voir notre *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, p. 137.

dans le tube de caoutchouc et de fermer le robinet de communication avec l'air extérieur.

Pour se servir de cet appareil, on tend l'ampoule, comme il vient d'être dit, par une pression égale à 5 cent. de mercure, de façon que l'aiguille marque 5 degrés sur le cadran. On mesure alors la tension susceptible d'arrêter complètement le battement de l'artère radiale, au poignet, en notant à quelle division s'arrête l'aiguille indicatrice au moment précis où la pulsation cesse d'être perçue, au delà de l'ampoule, par le doigt placé sur le trajet de l'artère. Dans le cas où il existe un choc en retour, il faut faire faire la compression, par un aide, au niveau de la racine du pouce, afin d'annihiler les effets de la circulation collatérale.

Le sphygmomanomètre de M. Potain est un instrument très précis et très commode et c'est avec cet appareil que j'ai pris le plus grand nombre de mes mensurations de la tension artérielle. Mais je tiens à mentionner aussi le sphygmomètre de Verdin dont je me suis beaucoup servi depuis deux ans, parce que cet instrument, par son faible volume, est destiné à faciliter encore davantage les recherches cliniques.

C'est un petit cylindre de cuivre contenant un ressort à boudin qu'actionne une tige centrale terminée, à une de ses extrémités, par un patin perpendiculaire, au moyen duquel s'exerce la pression sur le pouls. Cet appareil est gradué en poids et la graduation va de 100 à 1,500 grammes. Nous verrons bientôt comment on peut évaluer en centimètres de mercure les pressions en poids mesurées avec le sphygmomètre de Verdin.

Voici le manuel opératoire à suivre : Le malade est assis, le bras fléchi à angle droit, l'avant-bras en demi-supination, la main étendue sans effort. Le médecin saisit l'extrémité inférieure de l'avant-bras à pleine main (main droite pour le pouls droit, et main gauche pour le pouls gauche) de façon à tâter le pouls avec l'index. Lorsque le médecin a bien saisi la radiale, il cherche à apprécier quelle région de l'ongle du doigt indicateur est située directement au-dessus de l'artère comprimée. Prenant alors le sphygmomètre de l'autre main, il appuie le patin sur l'ongle de ce doigt en s'efforçant de rendre ce doigt inerte, de façon

à écraser le pouls radial par la seule action de l'instrument. On n'a plus qu'à lire sur le piston quel nombre de grammes il a fallu pour obtenir ce résultat.

Après de très nombreuses recherches comparatives faites, à l'hôpital, sur un nombre considérable de sujets, j'en suis arrivé à cette conclusion qu'à partir de 3 centimètres de pression, chaque centimètre de mercure représente 50 grammes de l'appareil Verdin ; à 3 centimètres de mercure correspondent 100 grammes ; à 4 centimètres, 150 grammes, etc. D'après cela, j'ai pu dresser le tableau comparatif suivant :

Grammes	Centimètres de mercure	Grammes	Centimètres de mercure
100	3	700	15
150	4	750	16 } normale
200	5	800	17 } normale
250	6	850	18 } normale
300	7	900	19
350	8	950	20
400	9	1000	21
450	10	1050	22
500	11	1100	23
550	12	1150	24
600	13	1200	25
650	14	1250	26

D'après ce tableau, il est facile de déduire la formule suivante, qui permet de traduire instantanément en centimètres de mercure la pression en grammes donnée par le sphygmomètre de Verdin :

$$x = \frac{P + 50}{50}$$

x = tension en centimètres de mercure.

P = l'indication numérique donnée par l'instrument de Verdin.

Au point de vue pratique, voici ce qui me semble valoir mieux : Je me sers du sphygmomètre de M. Verdin dont j'ai fait argenter le cylindre pour plus de netteté. Sur ce cylindre sont gravés, en noir, au niveau des graduations, les chiffres représentant les centaines, c'est-à-dire 1, 2, 3, 4, 5, etc.

Entre deux graduations, il y a un trait qui divise chaque espace, en deux parties égales.

Pour avoir, par le calcul le plus simple, le nombre exact correspondant à la pression en centimètres de mercure, il suffit de multiplier par 2 le chiffre auquel on s'arrête et d'ajouter une unité au produit.

Soit 7 le chiffre auquel on s'arrête, parce qu'on ne sent plus le battement de l'artère radiale, on le multiplie par 2, on ajoute une unité.

7, c'est-à-dire 700 grammes correspondant à $7 \times 2 + 1 = 15$; 700 grammes représentent une pression égale à 15 centimètres de mercure.

Ce sphygmomètre est un instrument très pratique. Il est d'un petit volume. Si on le fait se démontant en deux parties, il n'est pas plus embarrassant qu'une seringue de Pravaz. Enfin, le maniement en est des plus faciles et sa précision est amplement suffisante pour le but poursuivi.

DE LA MÉTRITE POST-PUERPÉRALE

Ses premières manifestations

Par le Docteur S. Remy, Professeur agrégé à la Faculté.

Tout utérus après une puerpéralité normale doit revenir à son état primitif, *restitutio ad integrum*, en trois mois environ, c'est-à-dire, refaire une muqueuse parfaite, sécréter des humeurs de bonne nature, et ramener sa couche musculaire à ses proportions habituelles. La fonction menstruelle doit se manifester plus ou moins tôt avec ses caractères physiologiques. Tel est le résultat d'une involution régulière. Pour arriver à ce résultat, il faut que la puerpéralité ne soit troublée par aucun phénomène pathologique, ou du moins que la vitalité de l'organe soit assez vigoureuse pour détruire les effets nuisibles de l'infection septique. Dans les conditions normales l'organe répare facilement les lésions causées par le passage d'un corps volumineux comme celui du fœtus, cicatrisation rapide de la déchirure du col, des fissures du vagin, de la fourchette ; la muqueuse dénudée refait

sa couche superficielle, rétablit son réseau superficiel de capillaires et se revêt de son épithélium. Pendant ce travail de réparation coulent les lochies d'abord sanglantes produites par le placenta maternel, puis séro-sanguines ou rosées, mélange de globules sanguins et de sérum, exsudation de la muqueuse dénudée, puis muqueuse et séreuse, mélange de la sécrétion du corps et du col. Au bout de huit à dix jours les globules sanguins disparaissent et l'écoulement devient de moins en moins abondant pour ne plus se montrer que d'une façon intermittente. Pendant ce temps le globe utérin diminue chaque jour de volume et disparait derrière le pubis vers le douzième jour. Quatre-vingts fois pour cent un léger écoulement sanguin se montre vers le seizième jour, constituant ce qu'on appelle le petit retour de couches, et l'écoulement lochial devient ensuite presqu'insignifiant.

La muqueuse reproduit sa couche superficielle par le moyen de ses glandes enfouies dans les couches profondes, et qui forment comme des îlots de greffes épidermiques qui finissent par se rencontrer et par former un revêtement épithélial complet. Les capillaires nouveaux ont des parois formées d'abord d'éléments embryonnaires qui évoluent dans la suite jusqu'au type définitif. La musculeuse adhérente à une muqueuse saine achève son involution régulière et le poids de l'organe, tout en se rapprochant du poids primitif, lui reste cependant un peu supérieur. Enfin, si la femme ne nourrit pas, le grand retour se montre généralement de la sixième à la huitième semaine.

Tel est le tableau d'une puerpéralité normale. Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi régulièrement. La plupart des métrites peuvent être rattachées à un accouchement antérieur ou à des fausses couches, et je voudrais montrer dans ces lignes comment elles se manifestent à leur début.

I

a) Toute endométrite puerpérale peut être le point de départ d'une métrite chronique. Cliniquement on reconnait l'endométrite puerpérale aux caractères présentés par les lochies, indépendamment des autres signes, tels que la fièvre, l'état général.

L'aspect des lochies nous indique l'aspect de la cavité utérine. A des plaies saines, fraîches, de bonne apparence, correspondent des lochies de bonne nature, sanglantes, puis rosées, fraîches pour ainsi dire, d'odeur de sang, sans aucune fétidité ; la température du matin marque 36°8, celle du soir ne dépasse pas 37°4, le tracé thermique est absolument régulier.

A des surfaces dénudées, malades, correspondent des lochies de mauvaise nature ; elles deviennent fétides la plupart du temps, elles ont une teinte café au lait, une apparence chocolatée, forment une bouillie infecte. Les plaies utérines présentent naturellement les mêmes apparences, les éléments superficiels sont en état de désintégration moléculaire, et ces parcelles nécrosées, s'ajoutant au liquide séreux, lui donnent cet aspect anormal. On a affaire alors soit à l'endométrite putride, soit à l'endométrite septique. Comment dans de telles conditions cette accouchée ne serait pas exposée à une inflammation locale de longue durée, et partant à peu près définitive pour un organe comme l'utérus qui se congestionne périodiquement, quand la muqueuse utérine, qui doit faire sa rénovation, doit l'opérer au milieu de ces liquides putrides ou septiques ? Prenons, par comparaison, une érosion à la peau, le derme à nu par l'arrachement des couches superficielles, que cette plaie soit aseptique, elle est d'une couleur rouge de belle apparence. Qu'il se fasse une infection de cette plaie, celle-ci se couvrira d'un enduit blanchâtre de mauvais aspect avec rougeur vive à la périphérie, de la chaleur et de la douleur, et la guérison ne peut se produire qu'après désinfection de la plaie et formation d'une zone de réaction qui élimine tous les éléments nécrosés et pseudo-membraneux recouvrant la lésion. Pourquoi donc la muqueuse utérine ne participerait-elle pas aux inconvénients de tout processus septique commun à toutes les régions et aurait le privilège de guérir simplement ? Il se forme aussi une zone de réaction dans la profondeur de cette muqueuse (Bum) dont la mission consiste à protéger l'organisme contre l'envahissement des germes et le débarrasser des éléments dégénérés. Mais parfois les germes dépassent la muqueuse et pénètrent dans la musculeuse, entre les couches de fibres. Une matrice ainsi

envahie par les microbes, infiltrée des produits inflammatoires qu'entraîne leur présence, n'aura pas toujours une réaction vitale telle qu'elle puisse se débarrasser de cette inflammation et de ses résultats anatomo-pathologiques, et la subinvolution utérine au début, la métrite constituée seront la conséquence de cette affection puerpérale.

b) L'affection ne débutera pas toujours avec un si grand fracas. Elle pourra s'annoncer par l'abondance, la persistance et la nature de l'écoulement lochial. Moins une femme perd dans ses couches, moins dure l'écoulement lochial, moins il y a de raison de redouter une métrite. Plus le liquide est clair, sans mélange du pus, plus on a de raisons de croire à l'intégrité de la muqueuse utérine du corps et du col. Tandis qu'un écoulement muco-purulent abondant, persistant, indique l'existence d'un catarrhe utérin, qu'il soit d'origine ancienne ou récente.

c) Je signalerai encore un phénomène que je considère comme le signe d'une congestion utérine persistant au delà des limites régulières et marquant la prédisposition à l'engorgement utérin ultérieur, et aux altérations hémorrhagipares de la muqueuse. C'est l'exagération de l'écoulement sanguin appelé le petit retour. On sait qu'on entend sous ce nom l'apparition d'un léger écoulement de sang pur vers le seizième jour un peu plus tôt ou un peu plus tard, durant deux à quatre jours. J'ai exposé ailleurs les raisons qui me faisaient croire et avancer que cet écoulement sanguin est lié à des phénomènes ovariens, à une ovulation et qu'il représente une menstruation (1). Or cette hémorrhagie, légère dans les conditions normales, prend parfois le caractère d'une véritable métrorrhagie soit par l'abondance du sang, la longue durée de l'écoulement, et sa ténacité. Or n'est-ce pas là l'analogue de ce que l'on observe dans la métrite hémorrhagique plus ou moins fongueuse ? Nous avons là le signe d'une congestion utérine persistante, d'une réparation défectueuse de la muqueuse, d'une fragilité spéciale des parois des vaisseaux de cette muqueuse. Celle-ci sera exposée à rester saignante et à reproduire les métrorrhagies à chaque époque cataméniale.

(1) *Archiv. de tocologie*, juillet 1891.

d) Il est encore un phénomène pathologique qui est bien fait pour redouter une métrite ultérieure : c'est l'accès de fièvre précédant chez quelques accouchées le petit retour. On voit, en effet, dans les Maternités, dans lesquelles les femmes accouchées séjournent assez longtemps, la température, qui s'était maintenue pendant un certain temps à la normale, s'élever, vers les 14e, 15e jours à 38°, 38°5 et 39° et retomber à l'apparition de l'écoulement sanguin du petit retour. Comment expliquer cette élévation thermique ? Je pense, pour ma part, qu'il s'agit là du réveil d'un microbisme latent, d'un foyer septique, sous l'influence de cette congestion physiologique menstruelle.

Il nous est facile maintenant de saisir le mode de production de ce qu'on appelle généralement la subinvolution utérine. La muqueuse utérine adhère si intimement à la couche musculeuse qu'on n'observe pas de limite nette, les fibres de la musculeuse pénétrant jusque dans la muqueuse ; or, l'infection septique partant de cette dernière atteint souvent les espaces lymphatiques de la musculeuse ; d'autre part, les vaisseaux sanguins et les lymphatiques de la muqueuse doivent traverser la couche musculaire avant d'arriver à la muqueuse et pour en sortir, de là résulte une solidarité intime dans la vie de ces deux couches de l'utérus. La muqueuse étant malade entretiendra la congestion et l'infiltration de la région musculaire voisine, et comme conséquence la lourdeur de l'organe, l'engorgement, et souvent la déviation.

II

Passons maintenant à la description des manifestations ultérieures de l'affection utérine.

Une première manifestation d'un état pathologique de l'utérus consiste dans le caractère métrorrhagique qu'affecte le « grand retour » vers les 6e, 7e, 8e semaines de couches. La femme perd à cette occasion du sang en abondance, souvent sous forme de caillots, avec douleurs de reins, et cette métrorrhagie réclame le séjour au lit, et souvent une intervention thérapeutique. Si le médecin n'apporte pas tout de suite tous ses soins à décongestionner rapidement et efficacement la matrice, les mêmes acci-

dents métrorrhagiques se produiront à chaque époque menstruelle. Cette complication s'observe souvent aussi après les fausses couches dont les débris ovulaires et la caduque se détachent parfois difficilement et tardivement en provoquant des hémorrhagies continues, de telle sorte que la muqueuse n'a pas le temps de se refaire avant la réapparition des règles, et que l'écoulement sanguin cataménial se confond souvent avec l'hémorrhagie dépendant des complications de l'avortement.

Cette affection utérine, si elle n'empêche pas toujours une nouvelle conception de se produire (on sait que celle-ci n'est pas rare après les hémorrhagies utérines), déterminera souvent des hémorrhagies à la périphérie de l'œuf, dans les mailles de la nouvelle caduque, cause d'un nouvel avortement : ainsi s'expliqueront les avortements liés aux affections utérines.

Les anciens médecins avaient raison quand ils disaient que l'allaitement était utile au rétablissement des accouchées, en ce sens que la fonction mammaire, en supprimant dans la généralité des cas la menstruation pendant de longs mois, laisse l'utérus jouir d'un repos qui peut lui être profitable en favorisant sa réparation.

Malheureusement, même après ce long repos de l'utérus, le retour du molimen menstruel à la fin de l'allaitement trouve un organe disposé à saigner, et cette première époque et les suivantes présentent les caractères métrorrhagiques que j'ai signalés tout à l'heure, et réclament également une thérapeutique active.

Telles sont les modalités du début de la métrite hémorrhagique. Il est encore une autre variété de métrite consécutive aux couches, qui se présente sous un autre aspect et qu'il me reste à décrire sommairement.

Pour cette métrite les patientes ne se présentent que tardivement à l'examen du médecin, quinze ou vingt mois, deux ans après la dernière couche. Elles n'ont d'abord ressenti que de légers malaises du côté du ventre, de la leucorrhée ou un écoulement jaunâtre, phénomènes rattachés par elles aux conséquences ordinaires d'une parturition. Peu à peu les malaises se sont accentués ; les douleurs de reins, les pesanteurs, les écoulements

continuels, l'altération de la santé engagent le malade à demander conseil au médecin.

Ainsi, invasion discrète de l'affection, état supportable d'abord, puis, sous l'influence du retour périodique des règles, des fatigues, du défaut d'hygiène, des abus sexuels, etc., l'affection s'aggrave et une métrite est constituée, comme le démontre l'examen direct qui nous montre un col volumineux, congestionné, ulcéré, un corps hypertrophié, une sécrétion altérée.

III

Telles sont les différentes modalités dans les premières manifestations des affections utérines consécutives à l'accouchement. Mais cette énumération des phénomènes morbides serait stérile si nous ne faisions ressortir de cet exposé les indications principales du traitement. Comme partout, en médecine il faut prévenir et guérir. Donc, première indication, combattre toute cause d'infection de la cavité utérine par l'application méthodique et scrupuleuse des moyens antiseptiques. Obtenir ainsi une puerpéralité normale, c'est placer l'utérus dans les conditions qui lui permettent de faire son involution physiologique, sa *restitutio ad integrum*. Combattre immédiatement le plus léger accident septique, c'est non seulement protéger la vie de l'accouchée contre les dangers qui la menacent, c'est encore faire disparaître les causes d'une affection ultérieure.

La deuxième indication sera de diriger immédiatement notre traitement contre tout phénomène annonçant le début de l'endométrite ou de la métrite : par exemple, en décongestionnant la matrice par tous les moyens dont nous disposons, en luttant contre l'hémorrhagie, pour obtenir définitivement la reconstitution intégrale de la muqueuse. Je ne m'arrêterai pas à signaler l'effet du repos, de l'eau chaude, de l'hydrastinine, de l'ergotine, etc. Il me suffit d'avoir posé l'indication et de rappeler que le traitement doit être suffisamment prolongé pour mettre à l'abri des récidives.

Enfin il faut se tenir en garde contre ces métrites légères qui

s'installent sans bruit et vérifier l'état de l'organe, au premier soupçon, afin d'apporter remède au mal dans ses débuts.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(8e session tenue à Lyon du 9 au 13 octobre)

De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes.

M. Henry Dalagénière (du Mans). — Cette opération, qui consiste à enlever complètement l'utérus et les annexes par la voie abdominale, n'avait pas encore été pratiquée en France avant le 20 janvier 1894, date de ma première opération. Elle a pris naissance en Amérique, où elle a donné des résultats brillants à Polk, Krug, Baldy et Brown.

Elle a sa raison d'être, car, dans les affections dont il s'agit, l'utérus est malade aussi bien que les annexes. En laissant l'une ou l'autre de ces parties infectées, on fait donc théoriquement une opération incomplète et souvent insuffisante.

Dans la pratique, les résultats concordent avec cette donnée théorique. La laparotomie, suivie de l'extirpation des annexes et des poches purulentes, laisse souvent à sa suite un utérus malade, qui continue à faire souffrir la malade, peut nécessiter un ou deux curettages pour guérir ou même l'hystérectomie vaginale. En outre, elle expose aux fistules abdominales pour la guérison desquelles on peut être appelé à pratiquer encore secondairement l'hystérectomie vaginale.

L'opération de Péan, d'après la statistique de M. Segond, présente une incertitude plus grande encore. Dans les cas simples et bénins, elle expose à pratiquer une opération inutile ; dans les cas de pyosalpinx, elle est aussi grave que la laparotomie, et elle expose, en outre, aux opérations incomplètes. Enfin, dans les cas graves de suppurations pelviennes, elle présente une gravité excessive.

L'opération vagino-abdominale de Chaput, inspirée par les échecs des deux méthodes précédentes, admissible théoriquement, doit être rejetée au point de vue pratique. Elle présente,

en effet, tous les inconvénients de la méthode abdominale, et elle ajoute un grand nombre de ceux de la méthode vaginale. Du reste, elle paraît délaissée par son auteur lui-même.

Reste la castration abdominale totale dont les principaux avantages sont les suivants :

1° Possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves ;

2° Facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue ;

3° Faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la cavité péritonéale, et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées ;

4° Sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales, et pour remédier aux déchirures de l'intestin ;

5° Pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Cette opération ne me paraît pas présenter une gravité excessive. Elle m'a donné quatre succès sur quatre cas, et à Baldy, vingt-deux sur vingt-deux cas, et d'autre part les résultats thérapeutiques me paraissent incomparablement supérieurs. Dès l'opération, la malade se trouve parfaitement bien.

La technique peut se résumer ainsi : isolement des annexes, puis leur excision entre deux pinces de chaque côté ; énucléation de l'utérus en taillant, puis disséquant une collerette circulaire : ce qui permet d'éviter à coup sûr l'uretère et la vessie ; puis, après l'ablation de la pièce, fermeture complète du péritoine pelvien.

Ainsi conçue l'opération ne constitue qu'un temps complémentaire de la laparotomie suivie de l'ablation des annexes, et ses indications se poseront la plupart du temps pendant l'opération. Si l'utérus est saignant, infecté, en rétroversion, s'il contient des fibromes, s'il existe des clapiers dans le cul-de-sac de Douglas, ou si les ligaments larges sont atteints de phlegmon chronique, on ne doit pas hésiter à enlever l'utérus.

Ce n'est pas à dire que l'opération de Péan doit être rejetée complètement ; nous lui réservons une place analogue dans les opérations pratiquées par le vagin. Dans les cas de suppurations graves, avec poches péri-utérines, nous commençons par l'incision vaginale postérieure, puis antérieure ; si toutes les poches sont vidées, nous assurons le drainage, et là se borne l'opération qui est absolument conservatrice ; s'il reste des poches plus haut

situées, alors, mais alors seulement, nous avons recours à l'opération de Péan. Elle devient donc l'opération complémentaire de l'incision vaginale, absolument comme l'hystérectomie abdominale totale est l'opération complémentaire de la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes.

M. P. Segond. — Pour la deuxième fois (1), je viens d'entendre M. Delagénière défendre la cause de ce qu'il appelle la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus ; et, pour la deuxième fois, je tiens à protester contre les accusations parfaitement inexactes dont il s'obstine à charger l'hystérectomie vaginale. Que M. Delagénière cherche à faire mieux que nous en enlevant par laparotomie ce que nous enlevons par voie vaginale, soit. Le mieux n'est pas toujours l'ennemi du bien, surtout en chirurgie, et lorsque M. Delagénière, pour démontrer l'innocuité d'une intervention réputée jusqu'ici comme très sérieuse, possédera plus de quatre observations, ce qui est bien un peu mince, notre devoir à tous sera peut-être de le suivre dans la voie de progrès que son expérience et ses aspirations vers la perfection chirurgicale nous auront tracée. Par malheur, nous n'en sommes point là, tant s'en faut, et pour l'instant je ne vois que trois choses dans la communication de M. Delagénière : la mention de quatre opérations, l'exposé beaucoup trop hâtif des avantages d'une méthode opératoire dont l'histoire reste à faire tout entière, et, sous forme de parenthèse accessoire, la condamnation sommaire de l'opération de Péan.

Voici quel est, en effet, le décret de M. Delagénière :

« L'opération de Péan, d'après la statistique de M. Segond, présente une incertitude plus grande encore. Dans les cas simples et bénins, elle expose à pratiquer une opération inutile ; dans les cas de pyosalpinx, elle est aussi grave que la laparotomie, et elle expose, en outre, aux opérations incomplètes. Enfin, dans les cas graves de suppurations pelviennes, elle présente une gravité excessive. »

Ainsi, la question est donc jugée ; tous les travaux de ceux qui ont, comme moi, soumis l'hystérectomie vaginale à l'épreuve d'une pratique étendue, tous nos efforts pour grouper des faits probants et discerner en conscience le vrai du faux, tout cela est

(1) *Bulletius et Memoires de la Société de Chirurgie*, séance du 14 février 1894, p. 159.

barré d'un trait de plume. Et pourquoi ce brusque effondrement de nos convictions ? Parce que M. Delagénière possède une statistique de quatre hystérectomies vaginales malheureuses.

C'est vraiment trop peu, et quelle que soit la valeur de ce chirurgien, nous avons le droit d'exiger des arguments plus sérieux. D'autant, remarquez-le bien, que M. Delagénière, toujours avec sa seule pratique, ne se contente pas de trancher dans le vif à propos des indications d'hystérectomies vaginales dont la validité peut encore prêter à discussion. Son désir de faire plus nette, la place qu'il réserve à la castration abdominale totale l'empêche de rester en si bon chemin et l'amène à énoncer cette erreur énorme que « dans les cas graves de suppurations pelviennes », l'opé- « ration de Péan présente une gravité excessive ».

Et ce n'est pas seulement sur sa statistique que M. Delagénière base ce jugement étonnant, c'est aussi sur ma statistique personnelle publiée dans la thèse de Baudron, parce que, dit-il, j'ai perdu dix malades sur 37 cas de suppurations graves. Récompense singulière pour ceux qui ont cherché à ne classer sous l'étiquette de cas graves que les cas terriblement graves, Si bien qu'en annonçant que sur trente-sept femmes condamnées à mort, sans rémission, nous avions sauvé et définitivement sauvé vingt-sept malades ; sans parler, d'ailleurs, d'un autre groupe de 77 opérées atteintes cependant de suppurations pelviennes sérieuses et dont 76 ont merveilleusement guéri, nous croyons avoir fait œuvre satisfaisante et sans doute choisi le mode opératoire convenable. Mais je ne puis, dans cette courte réponse, m'étendre davantage sur cette question d'interprétation.

Je rappellerai seulement à M. Delagénière que dès le début de la discussion sur l'opération de Péan, la supériorité de ce mode opératoire a été reconnue de la manière la plus unanime, et que depuis, bien loin de revenir sur ce premier jugement, nombre de chirurgiens, trop connus pour qu'il me soit nécessaire de les nommer, ont trouvé dans cette première et indiscutable conquête de l'hystérectomie vaginale les raisons voulues pour rester ou devenir partisans convaincus de cette nouvelle méthode opératoire. Bref, que M. Delagénière poursuive ses tentatives de perfectionnements opératoires. Rien de mieux ! Mais, ce que nous demandons à son impartialité scientifique, c'est de ne point construire à sa cause des arguments quand même, en éludant, avec

pareille désinvolture, des opinions que d'autres ont formulées en toute et parfaite conscience.

Deux conclusions me semblent découler de ces quelques considérations. La première, c'est que dans certains cas de tumeurs ovariennes, nettement bilatérales et ne dépassant point par leurs limites supérieures le niveau de l'ombilic, il me paraît indiqué de donner aux malades les avantages habituels de l'ablation par voie vaginale, à la condition expresse de simplifier le manuel opératoire et d'assurer la bénignité du pronostic par la suppression préalable ou complémentaire de l'utérus.

La deuxième, c'est qu'il est chaque jour plus faux de prétendre que dans les interventions vaginales, tout chirurgien commençant une hystérectomie s'expose, soit à compromettre la fécondité par son premier coup de bistouri, soit à rester désarmé devant la moindre erreur de diagnostic. Pour le cas particulier d'une erreur conduisant sur des néoplasmes péri-utérins, alors qu'on s'attendait à trouver des lésions purement inflammatoires, le fait est clair et mes observations me semblent démonstratives. Mais il y a plus. Cette sécurité de l'intervention vaginale en cas d'erreur, de diagnostic se retrouve aussi complète lorsqu'on entreprend de parti pris, l'ablation vaginale de tumeurs ovaro-salpingiennes. En cas d'unilatéralité méconnue, les ressources restreintes mais réelles de la cœliotomie permettent, en effet, aussi bien de s'arrêter à temps que d'enlever seulement les parties malades, et lorsque l'erreur porte non plus sur la bilatéralité, mais sur la nature ou le siège de la tumeur, on conserve encore tous ses avantages, puisque la voie vaginale est certainement la meilleure pour s'attaquer aux tumeurs comme aux kystes des ligaments larges, toutes les fois que leurs dimensions le permettent.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Je m'associe pleinement aux observations de M. Segond. Ce n'est pas quatre observation malheureuses qui peuvent être opposées aux nombreuses opérations, suivies de succès, faites par M. Segond. Je rappelle que la question a déjà été soulevée à la Société de chirurgie par M. Delagénière lui-même, et si l'hystérectomie vaginale a été discutée dans certains cas, pour les cas de suppurations pelviennes, tout le monde a été, au contraire, d'accord à reconnaître sa supériorité.

M. Delagénière (du Mans). — M. Segond invoque les statis-

tiques de la thèse de Baudron : elles me paraissent désastreuses. Pour les gros pyosalpinx, il compte 10 morts sur 37 opérations ; je trouve que ce n'est pas là une opération bénigne. En faisant, dans ces cas, la laparotomie, j'ai eu, sur 32 cas, 3 morts seulement. Pour les petits pyosalpinx, Baudron donne les chiffres suivants : 77 cas avec 3 morts et 22 opérations incomplètes. Je pensais que ces résultats, assez tristes, me donnaient droit de chercher mieux.

M. Lucas-Championnière. — Vous comparez les cas très graves de M. Segond, où tout le petit bassin était englobé par la suppuration, et la femme perdue si on ne l'opérait pas, avec les cas bénins que vous avez opérés par la laparotomie. C'est très beau, sur 37 femmes destinées à mourir rapidement, que d'en avoir guéri 27.

M. Delagénière. — Mais les malades hystérectomisées ne sont pas guéries ; en laissant de côté mes faits personnels, contre lesquels on pourrait incriminer l'inhabileté de l'opérateur, j'ai vu beaucoup de malades, opérées à Paris par les plus grands maîtres, continuer à souffrir autant qu'avant l'opération. Tous les médecins de province ont vu des cas semblables ; mon frère a eu à soigner deux malades opérées par M. Péan, à Paris, or, l'une portait au fond du vagin une fistule intarissable ; l'autre est morte peu après d'urémie.

M. Michaux (de Paris). — En présence des attaques dont est l'objet l'hystérectomie vaginale, je tiens à donner les résultats de ma propre expérience sur cette opération, pratiquée pour suppurations pelviennes. Sans avoir les chiffres exacts présents à la mémoire, je puis affirmer, en restant certainement au-dessus de la vérité, que mes cinquante dernières hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes ne m'ont pas donné plus de 4 ou 5 morts. Elle n'a donc pas la gravité que lui attribue M. Delagénière. Quant aux accidents consécutifs, je n'en ai jamais observés. Au contraire, j'ai souvent vu des accidents divers dans les cas où je me suis contenté d'inciser le cul-de-sac postérieur. Dans les vastes suppurations l'hystérectomie vaginale me semble beaucoup moins grave que les opérations partielles.

M. Péan (de Paris). — Je tiens à demander des explications sur ce qu'a avancé tout à l'heure M. Delagénière à propos de deux de mes malades. Je lui demande de ne pas énoncer des accusations vagues, mais des faits précis.

M. Paul Delagénière (de Tours). — Il s'agit de deux malades opérées par M. Péan, peu de temps auparavant, et que j'ai soignées à Tours. La première souffre de douleurs pelviennes intenses, autant qu'avant l'opération. Elle garde, en outre, une fistule suppurante au fond du vagin. La deuxième n'a retiré de l'opération aucun soulagement à ses souffrances, puis elle fut prise de phénomènes urémiques, maux de tête, vomissements, œdèmes, et elle succomba.

M. Péan. — Je constate que M. Delagénière n'avait pas vu les malades avant, ni pendant l'opération. Comment peut-il dire alors que leur état a empiré ? Sait-il même si c'est pour suppurations pelviennes qu'elles ont été opérées ? Cela me semble même très douteux. Quant à la fistule, il m'est arrivé de laisser avec intention persister des fistules suppurantes, quand il existe des poches pelviennes énormes, qu'il est impossible de supprimer tout à fait. Ces deux cas isolés, mal observés, et vus seulement après l'opération ne suffisent pas à juger la cause de l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie abdominale secondaire à une laparotomie pour lésions des annexes.

M. Schwartz (de Paris). — Toutes les fois qu'il s'agit d'enlever les annexes atteints de lésions bilatérales, je fais l'hystérectomie vaginale comme offrant plus de garanties au point de vue de la bénignité. Je fais toutefois exception pour les dégénérescences scléro-kystiques des ovaires avec douleurs violentes. Dans ce cas je fais la laparotomie, qui est alors très facile et très bénigne, puisqu'il n'y a ni pus, ni adhérences ; dans ces conditions il n'y a jamais d'incident opératoire. La laparotomie a l'avantage de permettre de voir l'ovaire avant de l'enlever, en sorte que l'on peut se borner à réséquer la partie malade de l'ovaire, ou même se borner simplement à l'ignipuncture de l'organe.

Dans un seul cas de ce genre j'ai dû, après avoir enlevé les ovaires et les trompes par la laparotomie, intervenir de nouveau pour enlever l'utérus, et j'ai dû, pour des raisons spéciales, faire, par exception, l'hystérectomie abdominale.

Voici cette observation :

Elle concerne une jeune fille, qui, sans avoir jamais eu de

francs accès d'hystérie, était très nerveuse et présentait des stigmates caractéristiques (anesthésies). Elle souffrait constamment, mais surtout au moment de ses règles, de douleurs très violentes dans le bas-ventre et les reins. Je constatai de la métrite granuleuse du col et de l'endolorissement des culs-de-sac. La malade avait, en outre, une dilatation très marquée de l'estomac et une fissure anale intolérante.

Je fis, dans la même séance, la dilatation anale, puis la dilatation utérine et le curettage de l'utérus.

La malade ne fut pas améliorée.

Je me décidai alors à faire une laparotomie ; je trouvai deux ovaires sclérokystiques et deux petites trompes épaissies, avec quelques adhérences de la trompe gauche ; j'enlevai les ovaires et les trompes. L'utérus présentait sur son bord latéral gauche un petit fibrome auquel je ne touchai pas. Je refermai le ventre.

Cinq à six jours après l'opération, la malade fut prise d'aphonie, puis d'accès de contracture et de rétention d'urine, puis spasme du col de la vessie, accidents purement hystériques et qui disparurent bientôt. Cependant elle n'éprouvait aucune amélioration du côté des organes génitaux ; les douleurs continuaient, il se faisait un écoulement fétide par le vagin ; des vomissements apparurent ; je fis un nouveau curettage sans succès ; l'électrolyse, les attouchements intra-utérins au perchlorure de fer ne réussirent pas davantage. Je décidai alors de faire l'hystérectomie sous le chloroforme. Je trouvai au toucher l'utérus petit et atrophié, mais haut situé, se sentant au-dessus du pubis ; le vagin était très long et très étroit ; dans ces conditions l'hystérectomie abdominale me parut plus indiquée que l'hystérectomie vaginale, à cause de l'étroitesse du vagin. Je fis donc l'hystérectomie abdominale totale. L'utérus enlevé était petit (six cent. de long), il n'y avait plus trace de corps fibreux. La muqueuse du corps présentait une ulcération qui, examinée histologiquement au laboratoire de M. Cornil, fut diagnostiquée « probablement tuberculeuse ». Les pédicules ovariques ne présentaient aucune lésion.

La malade, après cette opération, fut absolument guérie.

Je conclus de cette observation qu'il y a des cas où la laparotomie ne suffit pas et où il faut faire l'hystérectomie ; et des cas où l'hystérectomie abdominale est préférable à la voie vaginale.

Statistique d'hystérectomies.

M. Vuillet (de Genève) communique une statistique d'hystérectomies vaginales et abdominales pour fibromes utérins. Sur 28 hystérectomies abdominales il a compté 10 morts et, sur 15 hystérectomies vaginales, 8 morts. Ces chiffres ne peuvent servir d'éléments de comparaison entre les deux méthodes, car les indications de chaque méthode sont différentes.

Deux cas d'hystérectomie abdominale totale.

M. P. Delagénière (de Tours). — De nos deux malades, l'une avait un fibrome moyen (1800 grammes) très douloureux, l'autre un fibrome volumineux (8 kilogrammes) remontant jusqu'à l'épigastre.

La durée de l'opération fut longue (2 h. 10 et 2. h. 20), mais les suites simples.

La longueur de l'opération peut être rattachée :

1° A la dissection des lames péritonéales qui recouvrent les face antérieure et postérieure de l'utérus. Ces lames sont suturées ensuite en surjet ;

2° A l'hémostase de l'hémorrhagie vaginale qui survient à la suite de la section de cet organe.

Les bons résultats que nous avons obtenus sont dus probablement à la fermeture du péritoine par le surjet fait sur les feuillets péritonéaux détachés de l'utérus et au drainage parfait qui résulte de la non occlusion du vagin.

L'hystérectomie vaginale dans les tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire.

M. Segond (de Paris). — On a beaucoup étudié dans ces derniers temps l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, mais on s'est peu occupé des indications de cette opération dans les tumeurs de l'ovaire, et en particulier dans les petits kystes de cet organe. Je ne connais sur ce sujet que la thèse de Bonecaze (1889). Depuis, quelques observations de MM. Richelot et Bouilly ont été publiées ; mais il n'existe aucun travail d'ensemble sur la question.

Pourtant un mouvement s'est produit dans ces dernières années en faveur du traitement des tumeurs ovariques par la voie vaginale ; soit que l'on se contente de ponctionner ou d'ouvrir les kystes par le vagin, soit qu'on fasse l'ovariotomie vaginale comme M. Laroyenne. Récemment Jacobs a enlevé par le vagin un kyste énorme chez une femme enceinte qui a parfaitement guéri et a accouché à terme sans accident.

Ces cas démontrent que l'ablation isolée (sans l'utérus) des kystes de l'ovaire par le vagin est possible. On peut la discuter en cas de tumeurs unilatérales, mais en cas de tumeurs bilatérales il n'y a pas à hésiter ; il ne faut pas faire l'ovariotomie vaginale isolée, mais l'hystérectomie totale.

La possibilité d'enlever les kystes de l'ovaire par l'hystérectomie vaginale a été démontrée par des erreurs de diagnostic, le kyste ayant été pris pour un pyosalpinx. J'ai fait moi-même quatre erreurs de ce genre, où j'ai traité des kystes volumineux, débordant le pubis comme s'il s'agissait de suppuration des annexes. Il est vrai que deux fois les kystes étaient suppurés ; une autre fois il s'agissait d'un kyste dermoïde à droite avec salpingite gauche. Outre ces quatre cas, j'ai fait sept fois, de parti pris, l'hystérectomie vaginale pour des tumeurs de l'ovaire, ayant constaté des lésions bilatérales. Dans quatre de ces cas il s'agissait de kystes simples ; dans un cas j'ai trouvé un kyste dermoïde et dans deux cas des tumeurs végétantes des ovaires. Une des malades avait subi huit ou dix ponctions d'une vingtaine de litres chaque et un an de traitement électrique sans aucun résultat.

Les indications de l'opération sont limitées par le volume considérable de la tumeur. Quand elle dépasse l'ombilic, il ne faut plus chercher à l'enlever par le vagin.

L'opération n'est pas grave. Mes onze opérées ont parfaitement guéri ; je les ai toutes revues il y a une huitaine de jours en parfaite santé et chez quelques-unes l'opération date de deux et trois ans. L'ablation de l'utérus n'aggrave donc pas l'opération de l'ablation des ovaires ; au contraire, je crois l'opération, ainsi complétée, beaucoup plus bénigne, et je crois que du moment qu'on enlève les ovaires, il n'y a aucune raison de chercher à garder l'utérus. La femme n'a que faire de conserver ces quelques grammes de tissu musculaire, qui, privé d'ovaire, n'est plus qu'un fusil sans cartouches.

L'opération n'est pas difficile ; elle est plus facile que l'hystérectomie pour fibrome, car la tumeur est molle ; on peut enlever très facilement d'énormes kystes en les crevant d'abord ; ils crachent leur contenu, se vident, et la poche revenue sur elle-même passe alors sans aucune difficulté à travers le vagin.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'utérus est refoulé en haut et le kyste bombe dans le cul-de-sac ; alors on enlève le kyste, puis l'utérus ; ou bien, au contraire, l'utérus abaissé se présente le premier, on fait alors l'ablation dans l'ordre inverse.

L'objection principale que l'on peut faire à cette méthode est la difficulté du diagnostic de la bilatéralité des lésions ; mais comme le premier temps de l'opération est l'incision du cul-de-sac postérieur, on peut, à ce moment, vérifier le diagnostic en explorant les annexes à travers cette incision. Ce n'est toutefois pas toujours possible. Il m'est arrivé de commencer l'hystérectomie pour kyste et de trouver, non un kyste, mais un fibrome. L'erreur n'avait pas d'importance, puisque c'est par l'hystérectomie vaginale que les fibromes sont opérés dans les meilleures conditions. Dans un cas l'erreur de diagnostic fut plus grave. Au lieu de kystes, je trouvai un cancer de l'S iliaque prolabé en partie dans le petit bassin. Je réséquai l'anse cancéreuse, mais la malade mourut le troisième jour de péritonite.

Réflexions cliniques sur l'ovariotomie.

M. Laroyenne (de Lyon). — J'ai fait en vingt ans environ 500 ovariotomies pour kystes de l'ovaire. J'ai obtenu 380 succès et 120 insuccès. Je compte comme insuccès les morts survenant deux ou trois ans après l'intervention, par le fait de la repullulation des éléments du kyste, comme il arrive en cas d'intervention incomplète. Si, en effet, on laisse dans le ventre un point quelconque de la paroi du kyste, ce fragment bourgeonne et donne naissance à de nouvelles masses néoplasiques, qui sont plus dangereuses que le kyste lui-même, car dans celui-ci les productions sont englobées dans une membrane d'enveloppe et non libres dans le péritoine comme dans les cas de repullulation par suite d'intervention incomplète.

Un autre mode de repullulation est la greffe péritonéale de fragments néoplasiques détachés de la paroi du kyste pendant l'o-

pération et tombés dans le péritoine. Comme dans le premier cas les bourgeons qui en résultent suivent une marche d'autant plus rapide qu'ils ne sont pas enkystés ; ils donnent rapidement lieu à de l'ascite et se produisent rapidement par greffe d'un point du péritoine à l'autre. Il est donc nécessaire de toujours faire une ovariotomie complète et de ne laisser aucun fragment libre dans le ventre.

Quand doit-on faire l'ovariotomie ? Toujours dans les cas de kystes de l'ovaire. Il n'y a d'autres contre-indications que les contre-indications à toute opération, tel que l'état de grande faiblesse de la malade. Dans ce cas, il faut s'occuper d'abord de remonter l'état général, faire au besoin une ponction, mais en venir à l'opération dès qu'elle pourra être supportée. La fièvre, l'albuminurie, les troubles cardiaques, ne sont pas des contre-indications, puisqu'ils diminuent après l'opération. Le grand âge ne doit pas faire reculer ; j'ai opéré trois malades de plus de 70 ans ; deux sont mortes moins de huit jours après l'opération, mais une a parfaitement guérie.

Voici comment j'opère : incision sur la ligne médiane, d'étendue variable selon le volume de la tumeur ; ponction du kyste avec un trocard de moyen volume ; cette ponction doit être faite le plus haut possible, car, en se vidant, le kyste subit un mouvement de bascule qui amène l'orifice, fait par la ponction en bas, vers le pubis : je traite les adhérences par les procédés habituels : quant au pédicule, j'insiste sur la nécessité d'en enlever toute portion de kyste. Quand il est impossible de pédiculiser la tumeur, il faut la marsupialiser, mais jamais il ne faudra faire l'ablation incomplète et laisser libre dans le ventre une portion quelconque de la face interne ou de la paroi du kyste, sous peine de généralisation péritonéale rapide.

Traitement de l'antéflexion par l'hystéropexie.

M. Laroyenne (de Lyon). — L'hystéropexie donne d'excellents résultats contre l'antéflexion et fait cesser les troubles que donne cette lésion. En fixant le fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, on redresse l'axe de cet organe, on supprime l'angle entre le col et le corps et le passage est rétabli pour l'issue des règles. J'ai fait cette opération chez plusieurs femmes qui

souffraient beaucoup chaque mois pour expulser leurs règles ; actuellement, la menstruation a lieu chez elles normalement et sans douleur.

Nouveau procédé de traitement du pédicule des kystes de l'ovaire.

M. Polosson (de Lyon). — Les modes actuels de traitement du pédicule des kystes de l'ovaire ont l'inconvénient de demander un pédicule aussi petit que possible, ce qui oblige à le former le plus près possible de l'utérus et complique l'opération. Dans les cas où le pédicule est large et la tumeur difficile à tirer au dehors, j'emploie le procédé suivant : je place des broches sur la tumeur au point où elle déborde l'incision abdominale, j'applique à ce niveau un lien élastique circulaire et je fixe le large pédicule ainsi constitué à la plaie que je ferme dans le reste de son étendue. Il peut rester dans le pédicule, sans inconvénient, de gros fragments de tumeur. Dans ce cas, je me mets au bout de quarante-huit heures à creuser le pédicule, de façon à enlever peu à peu les fragments de tumeurs restant ; je commence suivant l'axe du pédicule et je continue de jour en jour, avançant peu à peu vers la périphérie, de façon à diminuer ainsi la largeur du pédicule qui se rétracte dans l'intervalle de chaque ablation partielle. Ces ablations se font sans que le pédicule saigne, bien que l'on soit au-dessous de la ligature élastique. En huit jours les plus gros pédicules sont entièrement extirpés. Cette nouvelle méthode a l'avantage de simplifier l'opération et de la rendre très rapide. Je propose pour la désigner le nom d'extirpation rapide secondaire du pédicule.

Ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus.

M. Delaunay (de Paris). — Pour tous les cas qui ne relèvent pas de l'hystérectomie vaginale, l'ablation totale des grosses tumeurs semble devoir être, dans l'avenir, la méthode de choix.

J'ai pratiqué sept fois cette opération et j'ai obtenu six succès. Six fois je me suis trouvé en présence de volumineux fibromes atteignant ou dépassant l'ombilic et une fois j'ai eu affaire à un gros sarcome kystique de l'utérus. Les méthodes opératoires em-

ployées ont varié ; trois fois, en effet, la voie abdominale a été seule suivie, tandis que dans quatre autres cas j'ai eu recours à la voie combinée de l'abdomen et du vagin.

Ma première opération date du mois de juin 1893.

Pour l'hystérectomie abdominale totale, j'ai employé le procédé Péan légèrement modifié. Voici en quoi consiste ce procédé :

Le premier temps est celui de l'hystérectomie abdominale ordinaire. Pour enlever le segment inférieur de l'utérus, après avoir décollé la vessie, je fais saillir, avec une pince introduite dans le vagin, le cul-de-sac antérieur. A ce niveau je pratique une incision verticale, sorte de boutonnière qui permet de désinsérer les attaches vaginales en rasant l'utérus aussi près que possible, surtout en avant pour éviter les uretères. Cette secti on est précédée du pincement préventif de la tranche vaginale. Une fois le pédicule enlevé on assure l'hémostase en plaçant deux ligatures au niveau des artères utérines et un surjet à la soie sur la collerette vaginale. Le vagin est toujours laissé ouvert et le péritoine pelvien n'est pas restauré.

Avant de fermer le ventre on place un Mikulicz aboutissant dans ce qui reste du cul-de-sac de Douglas et ressortant par l'angle inférieur de la plaie. Ce mikulicz sert à drainer, à exercer une légère compression et surtout à protéger les anses intestinales en contact au fond du vagin. Dans ce dernier on place un gros drain maintenu en place par des éponges iodoformées.

Lorsqu'on emploie la voie abdomino-vaginale, c'est encore au procédé Péan que j'ai recours avec cette modification que je remplace le lien métallique par un fil de soie, et qu'une fois le pédicule rentré, je le recouvre d'un mikulicz qui l'isole pour ainsi dire dans la cavité abdominale, et, pendant toute la durée du temps vaginal de l'opération, empêche les anses intestinales de venir se mettre en contact avec la surface de section du pédicule. Nous employons ces différents procédés parce que nous croyons en effet qu'il n'y a pas de procédé unique pour l'ablation totale des grosses tumeurs utérines. C'est au chirurgien, en présence d'un cas donné, de choisir la voie qui lui semblera la mieux appropriée.

Grossesses chez des opérées pour salpingo-ovarites.

M. Goullioud (de Lyon). — Les salpingo-ovarites sont si souvent bilatérales qu'on a tendance à considérer comme définitivement stériles les femmes opérées de salpingo-ovarites d'un seul côté. J'ai cependant observé des grossesses dans ces cas, aussi bien quand la salpingite avait été opérée par simple débridement vaginal (onze cas) que lorsqu'on avait fait l'ablation unilatérale des annexes, avec ventrofixation (huit cas). Certains cas concernent même des femmes qui avaient été atteintes de pelvipéritonite généralisée.

J'ai étudié, d'une part, l'influence de la périmétrite ancienne sur la grossesse ; d'autre part, l'influence de la grossesse sur la pelvi-péritonite.

L'influence de la périmétrite sur la grossesse a été nulle dans la plupart des cas ; la grossesse et l'accouchement ont été normaux. Je n'ai observé dans aucun cas les accidents d'étranglement pendant la grossesse, ni les accidents infectieux après l'accouchement. Deux cas seulement ont été anormaux. Dans l'un il y avait un placenta prævia ; la femme, non secourue à temps, est morte d'hémorrhagie. Dans l'autre, il y a eu grossesse extra-utérine et il est bien probable que cette anomalie relève directement des lésions anciennes de la trompe.

D'une façon générale, l'influence de la grossesse sur la périmétrite ancienne a été défavorable. La grossesse ramollit tous les tissus pelviens, les adhérences ramollies sont facilement distendues par l'utérus, en sorte qu'après l'accouchement, ces adhérences, devenues très lâches, n'ont plus aucun inconvénient. Le meilleur souhait que l'on puisse faire à une femme atteinte de salpingite, c'est de devenir enceinte. Aussi faut-il, toutes les fois qu'on le peut, faire des opérations conservatrices telle que l'ablation unilatérale des annexes.

M. Vuillet (de Genève). — J'ai observé deux cas de grossesse chez des femmes traitées par la simple ponction pour des suppurations pelviennes. Mais je n'ai noté aucune amélioration consécutive dans leur état. Je pense que M. Goullioud est tombé sur une série heureuse. Il arrive souvent qu'au contraire les femmes souffrent beaucoup pendant la grossesse, et c'est dans des cas semblables qu'on observe la rétroversion de l'utérus gravide.

[illegible] déconseiller la grossesse aux femmes porteuses de [illegible].

[illegible] traités par le crayon de chlorure de zinc.

[illegible] a traité par l'introduction de crayons de [illegible] la cavité utérine deux femmes atteintes de [illegible] et douloureux; ces deux femmes avaient [illegible] sanglante. Après l'expulsion de l'eschare [illegible] les deux femmes ont été améliorées : [illegible] ont disparu.

[illegible]iago-ovario-trypsie.

[illegible] — On a fait à la méthode de Laroyenne [illegible] des tumeurs de l'ovaire par le cul-de-sac [illegible] ce reproche qu'elle ne peut s'appliquer [illegible] est facile de l'appliquer aux kystes même [illegible] préalablement ceux-ci entre les mors [illegible] de l'enfant dans la céphalotripsie. Il [illegible] déchirure, ni d'hémorrhagie.

[illegible] kystiques ou suppurées des annexes. [illegible] ouvrir la poche et l'évacuer, cela suffit [illegible] est trop anfractueuse et incapable de [illegible] l'enlever par l'incision vaginale si cela [illegible] a poche est trop volumineuse pour passer par [illegible] faire le broiement qui rendra ce passage [illegible]

[illegible] avantage de n'enlever que le minimum et de [illegible] de rester féconde.

[illegible] nouvelle de cancer utérin.

[illegible] — Je désire attirer l'attention sur une [illegible] utérin, que j'appellerai cancer dif[illegible] embryonnaires.

[illegible] se développe primitivement dans le tis[illegible] l'utérus augmente de volume et se [illegible] longtemps saine. La diffluence de [illegible] dans un cas, il a été pris pour une [illegible]

hématocèle et a été incisé. Il en est sorti du suc avec des fragments charnus, qui ont été examinés par M. Bard et reconnus formés de cellules musculaires embryonnaires. J'ai observé deux cas de cette espèce et M. Laroyenne m'a communiqué plusieurs autres cas. Dans mes deux cas personnels, la marche a été très rapide, la mort est survenue en six mois. Il n'y a pas eu de généralisation.

Grossesse tubo-ovarienne.

M. DJEMIL-BEY (de Constantinople). — La nommée Fatma, âgée de vingt-cinq ans, mariée depuis trois ans, sans jamais avoir eu de grossesses ni de fausses couches, devint enfin enceinte; la grossesse fut normale. Au bout de neuf mois, début de travail avec douleurs abdominales intenses, accidents péritonéaux et léger écoulement de sang. Cela dura quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment elle ne sentit plus remuer l'enfant, la menstruation reparut, le volume du ventre diminua un peu : la santé générale était parfaite, sauf des crises douloureuses à intervalles éloignés.

Je vis la malade trois ans après le début de la grossesse, à propos d'une de ces crises douloureuses. Elle avait un abdomen de femme enceinte de six mois, mais par le toucher vaginal et rectal on sentait l'utérus petit, remonté, mobile. La tumeur était très dure, médiane, un peu inclinée à gauche, remontant jusqu'à l'ombilic.

Je fis la laparotomie ; je trouvais un kyste fœtal peu adhérent que je traitai comme un kyste de l'ovaire. La femme guérit parfaitement.

Le kyste fœtal était formé par une poche à paroi friable, épaisse de deux centimètres, contenant un fœtus momifié, de la grandeur d'un enfant à terme. Le placenta était momifié, adhérent au fond du kyste. L'ovaire était aplati, étalé sur le bord gauche de la tumeur.

M. PILLIET (de Paris). — Les grossesses tubaires avec fœtus, diagnostiquées hémosalpinx ou hématocèle, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Dans les hémosalpinx par grossesse tubaire, 95 fois sur 100 on ne trouve plus aucune trace de fœtus ; le kyste fœtal est réduit à une simple cavité amniotique, ou même simplement au placenta qui ressemble à un gros caillot

sanguin adhérent à la face interne de la trompe. Le diagnostic se fait en constatant microscopiquement l'existence de villosités placentaires, souvent devenues hydropiques. Cette dégénérescence kystique du placenta est le processus qui donne naissance aux môles hydatiformes.

Le diagnostic clinique doit être fait surtout avec le fibrome. En effet, dans les cas d'avortement tubaire, le placenta se détache lentement et par petits fragments, ce qui donne lieu à des hémorragies répétées ayant duré parfois sept, huit et dix ans. Mais tandis que l'hémorrhagie du fibrome est formée de sang rouge et liquide, celle des avortements tubaires est formée de caillots noirs, car le sang séjourne un certain temps dans la trompe avant d'être expulsé, et son séjour dans la trompe donne lieu à des crises douloureuses. L'existence de crises douloureuses répétées, suivies d'expulsion de caillots noirs, doit faire penser à l'avortement tubaire. Si l'examen microscopique des caillots y révèle la présence de villosités, la probabilité se transformera en certitude.

Observation de déciduome malin.

M. Jeannel (de Toulouse). — La littérature médicale compte jusqu'à ce jour dix-huit observations de déciduome malin. Voici un dix-neuvième cas de cette affection.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui, après une suspension de règles de quinze jours, eut une hémorrhagie considérable, indice certain d'un avortement. Malgré un tamponnement serré, les hémorrhagies continuèrent. Cinq mois après l'avortement on sentait au-dessus du pubis une tumeur dure, multilobée, débordant la symphyse de deux travers de doigt. Diagnostic : fibromes multiples. A cause de l'intensité des hémorrhagies je fis l'hystérectomie vaginale. Mais en enlevant l'utérus, au lieu du tissu dur du fibrome, je tombai sur un magma mollasse, sur la nature duquel je ne fus pas d'abord fixé. L'examen histologique montra qu'il était formé de tissu placentaire : il s'agissait, en somme, de déciduome malin ayant ulcéré en cratère la paroi utérine. Ce qui prouve bien la malignité de la tumeur, c'était l'existence de noyaux secondaires constatés dans la paroi utérine elle-même.

La femme est actuellement dans un état de santé superbe.

Fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée

M. Heydenreich (de Nancy). — Les procédés ordinaires d'opérations pour fistules recto-vaginales ne sont pas applicables aux fistules très haut situées. Dans ce cas Michaux a employé la voie sacrée. J'ai employé ce dernier procédé pour un cas particulièrement compliqué où l'ouverture vaginale de la fistule avait un centimètre de diamètre. La totalité des matières passait par le vagin. Je pus, par cette voie, obturer l'ouverture rectale de la fistule, ce qui ramena les matières dans leur cours normal.

Fibrome énorme rétro-rénal

M. Auguste Reverdin (de Genève). — Je vous présente le moulage d'un énorme fibrome de 48 livres. La femme qui le portait s'était d'abord crue enceinte. La tumeur avait grossi très rapidement, emplissant l'abdomen.

Quand je vis la malade, elle était énorme. Les cuisses et la vulve étaient tellement œdématiées que je n'essayai même pas de faire le toucher vaginal ; toutes les fonctions étaient gênées par le volume énorme de la tumeur ; grande dyspnée ; vomissements et diarrhée continuelle. Je fis, sans espoir de sauver la femme, la laparotomie comme dernière ressource. J'incisai la ligne médiane sur une étendue de 25 centimètres; j'eus beaucoup de peine à énucléer la tumeur. J'aperçus sur sa face antérieure un ruban grisâtre aplati que je pris d'abord pour une anse d'intestin rétracté. Ce cordon aboutissait à une masse brune foncée, située en avant de la tumeur et que je reconnus être le rein droit poussé en avant par la tumeur développée derrière lui. Le ruban était donc l'uretère droit. La tumeur était développée aux dépens du tisu fibreux rétro-rénal.

Au cours de l'opération la malade eut une syncope. Je fis une injection sous-cutanée d'eau salée, et j'appliquai sur les membres inférieurs des bandes de caoutchouc de façon à refouler vers le tronc le sérum répandu dans le tissu cellulaire des membres œdématiés. Par ces moyens la malade revint à elle. 12 jours après l'opération, l'œdème des membres avait disparu et 25 jours après la malade se levait.

L'examen histologique de la tumeur a montré un fibrome de constitution identique aux fibromes utérins.

Deux cas d'anomalie et de malformation congénitales.

M. P. Delagénière (de Tours). — *Obs. I.* — Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, chez laquelle, au cours d'une laparotomie on trouve les malformations suivantes : l'utérus présente, au lieu d'un bord droit, une véritable face. Il n'y a ni trompe, ni ovaire, ni rein à droite. Le rein gauche unique est hypertrophié. Quant au péritoine, il se réfléchit directement de l'utérus sur le cœcum qui est en contact direct avec la matrice. Le feuillet antérieur devenu pariétal se confond avec le bord inférieur droit du grand épiploon qui semble se continuer avec lui. C'est une atrophie de l'organe de Wolff droit.

Obs. II. — Enfant de trois ans hérédo-syphilitique. La jambe droite plus courte que l'autre de six centimètres n'a pas de péroné. Il existe une fracture congénitale au niveau du tiers inférieur du tibia avec consolidation à angle droit. Le sommet de l'angle, dirigé en avant, offre une dépression cutanée munie de poils dont le fonds adhère à l'os. Le pied enroulé sur son bord interne ne présente que quatre orteils.

Après une ostéotomie cunéiforme où l'on trouve l'os éburné, la jambe ne s'accroît pas en longueur, mais la marche est devenue bonne cinq mois après l'opération.

E. Appert.

(*Bulletin Médical.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

TUMEUR FIBREUSE DU LIGAMENT LARGE.

M. Delaunay présente une volumineuse tumeur fibreuse incluse dans le ligament large d'une femme et qui a été opérée par M. Péan. Ce fibrome, vu sa consistance, et même la sensation de fluctuation perçue à travers la paroi abdominale, avait été diagnostiqué kyste et sa situation fit préciser son siège dans le ligament large. Après laparotomie, on fit l'ablation de cette tumeur qui adhérait à l'intestin en un point : pour activer l'opération, on se

garda de détruire cette adhérence, on se contenta d'énucléer la tumeur, et l'intestin resta fixé dans le petit bassin aux débris du ligament large. Cette tumeur, régulière, lisse, présente des cavités kystiques contenant un liquide jaune citron, on y voit au centre une masse bourgeonnante ressemblant à un sarcome.

OCCLUSION INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE.

M. Legueu avait opéré une femme pour un kyste uniloculaire de l'ovaire; la laparotomie n'avait présenté aucune difficulté, aucune irrégularité, lorsque, peu de temps après, la malade éprouva des symptômes d'occlusion intestinale. On défit les points de suture de la paroi, on agrandit l'ouverture abdominale ; on vit que le gros intestin était dilaté à droite, aplati à gauche et que c'était dans le voisinage de la rate que devait se trouver l'obstacle ; mais on ne put le définir : la malade mourut quelques heures après l'intervention. L'autopsie révéla à la partie postéro-inférieure de la rate des brides dures, épaisses, très anciennes qui reliaient la rate au mésocôlon transverse et une des brides, plus volumineuse, aplatissait le côlon descendant. On peut penser que la laparotomie a déplacé les anses intestinales et a été cause indirectement de cette complication. On ne trouvait aucune lésion dans l'intérieur du tube digestif au niveau de l'étranglement.

CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS.

M. Auvray présente deux observations de corps fibreux de l'utérus, et les pièces y attenant. Dans le premier cas, le fibrome enclavait le col utérin, et le masquait complètement. L'orifice seul du col était perceptible, quoique méconnaissable. Par l'examen on percevait une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, mais il était difficile de localiser cette tumeur soit au col, soit au corps de l'utérus. Les difficultés du diagnostic firent préférer à tout autre procédé opératoire, pour l'extraction de la tumeur, le procédé de l'hystérectomie abdominale. On put alors reconnaître et extraire une tumeur énorme, siégeant sur le col de l'utérus, qu'elle déformait, et empiétant à peine sur le corps. La tumeur et l'organe utérin réunis atteignaient le poids de 2930 grammes. La malade succomba à l'intervention.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 43 ans, primipare, qui a expulsé par le vagin un fibrome pédiculé du poids de 1880 grammes. Les douleurs expulsives ont été celles de l'accouchement. L'expulsion de la tumeur avait entraîné une inversion utérine. La section du pédicule a été faite par M. Hartmann. La malade est en bonne voie de guérison. (*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 octobre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES FIBROMES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

MM. Pilliet et Costes. — L'un de nous, dans trois communications faites à la Société anatomique de Paris, en janvier et en juillet 1894, émettait l'idée que le développement des fibro-myomes de l'utérus était lié au développement des vaisseaux sanguins de ces organes ; que les productions sarcomateuses étaient fréquentes et débutaient toujours par leurs vaisseaux ; enfin, que les dégénérescences fibreuses, myxomateuses, kystiques, calcaires, etc., étaient sous l'influence des transformations survenues dans les vaisseaux sanguins.

Depuis, nous avons continué les recherches dans cet ordre d'idées ; jusqu'à présent, nous avons examiné 308 coupes provenant de 48 pièces prises en différents points de 14 tumeurs fibreuses de l'utérus ou de ses annexes. De l'examen de ces coupes, nous pouvons conclure :

1° Que le fibromyome se développe autour des vaisseaux et par suite d'un accroissement exagéré des capillaires ;

2° Que les formations sarcomateuses sont fréquentes dans les fibromyomes de l'utérus (9 cas sur 14).

Que leur développement débute toujours par les capillaires.

Qu'elles sont soit péricapillaires, soit endocapillaires.

Que, dans ce dernier cas, elles oblitèrent souvent les vaisseaux. Cette oblitération provoquant l'arrêt de l'afflux sanguin dans un tissu jeune, actif, explique les nécroses des parties sarcomateuses et la formation des cavités kystiques ;

3° Que les dégénérescences myxomateuses débutent par la pa-

roi des vaisseaux qui disparaissent. Ceci explique la formation des cavités et des lacunes si fréquentes dans les fibromes

4° Que la dégénérescence calcaire débute par le centre du lobule, c'est-à-dire par le capillaire, qui disparaît ;

5° Que la dégénérescence fibroïde provient de l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux. (*Bull méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

Une femme de vingt-cinq ans, en travail d'accouchement, entra le 3 février à l'hôpital avec les signes d'une pneumonie droite. Le lendemain l'accouchement dut être terminé par le forceps. Quatre jours plus tard survinrent des symptômes de méningite et la malade succomba le 9 février. L'enfant, qui pesait 3350 grammes, était mort trente-six heures après sa naissance.

Voici les résultats de l'autopsie, qui a été faite treize heures après la mort :

Les méninges, tant à la base qu'à la convexité du cerveau, sont œdématiées et infiltrées de pus ; le cerveau est un peu ramolli. L'examen des fosses nasales montre partout de la rougeur et du gonflement de la muqueuse et un contenu muco-purulent. Le poumon droit, non adhérent, est recouvert d'un exsudat fibrineux ; le lobe supérieur est atteint d'hépatisation grise ; les autres lobes présentent des foyers de pneumonie fibrineuse moins avancée. Le poumon gauche, retenu par des adhérences conjonctives, est atteint d'œdème aigu, mais reste néanmoins perméable à l'air. Le cœur est décoloré ; les valvules sont saines, à l'exception de la mitrale qui présente quelques excroissances à sa face auriculaire. Le vagin présente quelques déchirures dont quelques-unes ont à leur pourtour un peu d'infiltration purulente. L'utérus mesure dix-neuf cent. de long, quatorze de large et six d'épaisseur ; ses parois sont molles ; sa cavité contient quelques caillots. Les annexes sont saines à droite ; à gauche il existe des adhérences, et au niveau de la corne gauche sous le péritoine, dans une étendue de cinq cent. carrés, les lymphatiques sont remplis de pus.

Le pus des méninges, des fosses nasales, des lymphatiques utérins, le liquide pulmonaire et les excroissances de la valvule mitrale ont

été examinés avec toutes les précautions d'usage. Sauf pour le pus des fosses nasales qui contenait, de plus, de courts bacilles non colorés par le Gram et probablement simples saprophytes, toutes les préparations ont montré uniquement des diplococcus pneumoniæ. Les inoculations aux animaux ont été négatives, probablement parce qu'elles ont été faites avec des cultures trop âgées et par suite dépourvues de virulence. Des coupes faites avec les tissus de la région de la corne utérine malade et avec les excroissances de la valvule mitrale ont fait constater la présence du même micro-organisme, particulièrement abondant dans les dernières.

Le fœtus présentait une pneumonie rouge généralisée et le suc pulmonaire recueilli de ses poumons a montré aussi uniquement le diplococcus pneumoniæ.

Ainsi, dit M. Czemetschka en résumant cette observation, il s'agit d'une parturiente infectée par le diplococcus pneumoniæ, infection dont le point de départ semble être dans les fosses nasales. De là une pneumonie, une méningite, une endocardite. Le fœtus, lui-même, dans l'utérus maternel, contracte une pneumonie à laquelle il succombe au bout de trente-six heures. Le même micro-organisme, apporté par le sang, s'est développé sur la surface utérine et a donné lieu à une métro-lymphangite suppurée ; la suppuration des plaies du vagin est sans doute de même nature. C'est donc une infection puerpérale ne provenant pas de l'extérieur, et la maladie des organes génitaux, dans ce cas, n'est qu'un épiphénomène de l'infection générale causée par le diplocoque (*Prager med. Wochenschr.*, n° 19 *et Bull. méd.*).

LES ABCÈS DE FIXATION DANS L'INFECTION PUERPÉRALE,

par le Dr Swiecicki.

(*Deutsche med. Zeit.*, 1894, 42.)

L'observation intéressante que rapporte Swiecicki (de Posen) concerne une multipare âgée de 33 ans qui fut atteinte de pyémie puerpérale après avoir été accouchée par une sage-femme négligente et âgée de 70 ans. Les symptômes étaient graves ; T. 40°, pouls 140, frissons répétés, tympanite. Le traitement institué consista en lavages intra-utérins, à l'intérieur, toniques, et une injection de 1 centigramme de pilocarpine répétée trois fois par jour. L'état général continua d'être menaçant, et en face d'une situation grave, désespérée même,

l'auteur se décida à provoquer des abcès suivant la méthode de Fochier. A cet effet, il injecta dans chaque cuisse 1 gramme d'essence de térébenthine. Quatre heures après l'injection, il se produisit sur les points injectés de violentes douleurs, la peau rougit et le troisième jour il se forma des foyers purulents qui furent ouverts le dixième jour. Dès le deuxième jour après l'injection l'état commença à s'améliorer et trois semaines après la malade était guérie.

A l'examen microscopique, le pus renfermait des staphylocoques et des streptocoques. Comme le pus produit par l'action de la térébenthine ne renferme pas de microorganismes et qu'il est stérile, il en résulte (c'est du moins l'opinion de l'auteur) que les microorganismes provenaient des régions infectées.

Swiecicki, qui avait accueilli avec scepticisme la méthode de Fochier, admet que la provocatiou d'abcès a pu sauver la malade, d'autant plus qu'une enquête lui a appris dans la suite que la susdite sage-femme donnait à la même époque des soins à une accouchée qui mourut d'infection puerpérale sept jours après la délivrance.

Bien que, dans leurs expériences, Chantemesse et Marie n'aient pas observé une augmentation de la leucocytose dans les abcès stériles, ces expériences, d'après l'auteur, ne prouvent rien contre la légitimité de ces abcès artificiels dans les infections. D'après les recherches de Schulz il n'est pas du tout démontré que la leucocytose est produite par une augmentation absolue des leucocytes ; il ne s'agit peut-être au fond que d'une distribution différente des globules blancs dans les vaisseaux. Schulz a démontré encore que l'on peut constater une diminution considérable du nombre des globules blancs trois ou quatre heures après qu'on a fait une injection de cultures de bactéries. L'orsqu'on injecte de l'essence de térébenthine sous la peau, il se produit d'abord une excitation du centre vasculaire. La pression sanguine s'élève et il se produit au point d'injection une forte leucocytose inflammatoire qui est nécessaire pour localiser et affaiblir le virus.

Dans tous les cas Swiecicki croit que la méthode de Fochier mérite d'être recommandée dans l'infection puerpérale grave, mais il recommanderait comme lieu d'injection le sillon du deltoïde ou la région épigastrique dans lesquels l'injection est moins douloureuse et provoquerait plus facilement les abcès.

L. J.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE APRÈS LA MORT ; ENFANT VIVANT.

L'opération césarienne *post mortem* se pratique relativement très rarement et les résultats qu'elle donne sont peu favorables ; on n'obtient qu'exceptionnellement un enfant vivant. Une statistique établie par Heymann et Lange indique une proportion de deux enfants extraits vivants pour cent ; la statistique de Pusch, plus favorable, donne 9,5 pour cent opérations.

M. Jos. Bæcker rapporte qu'à la clinique de Budapest il a eu l'occasion de pratiquer deux fois cette opération. Dans un cas la mère venait de succomber à de l'œdème pulmonaire au cours d'une affection cardiaque ; dans l'autre, elle était morte d'une méningite suppurée. Les deux enfants furent amenés à l'extérieur au moyen de la laparotomie en état d'asphyxie profonde ; mais le premier seul put être ranimé et survécut (*Centralbl. für Gynäkologie*, n° 24).

TUBERCULOSE GÉNITALE PRIMITIVE DE LA FEMME.

M. Frankenburger eut à soigner, à l'hôpital de Nurnberg, une femme de vingt-six ans, souffrant de violentes douleurs de ventre, survenues six semaines après un accouchement. En se basant sur l'existence probable d'une néphrite pendant la grossesse, sur la marche actuelle de la maladie, avec convulsions violentes et respiration de Cheyne-Stokes, ayant amené la mort au bout de trois semaines, M. Frankenburger conclut à une néphrite et urémie probable. A l'autopsie, on trouva la tuberculose miliaire des poumons, du cerveau, de la rate, des reins qui présentaient en même temps l'atrophie granuleuse, des fausses membranes dans la vessie, enfin de la tuberculose de l'utérus et des trompes. Le muscle utérin était farci de tubercules, de cellules géantes et de bacilles. La muqueuse et la sous-muqueuse présentaient des détritus granuleux, et entre eux des tubercules isolés, avec quantité colossale de bacilles. La paroi des trompes était épaissie; par places, infiltration cellulaire et masses caséeuses, avec bacilles, cellules géantes douteuses. Il s'agissait donc de tuberculose miliaire, à point de départ génital, puisque le processus tuberculeux se présentait sous une forme autre que les granulations, seulement dans l'utérus et les trompes. L'infection s'est faite probablement par voie génitale (soit par les mains ou instruments, soit par le coït), puisque le péritoine n'a que des granulations miliaires. (*Centralb. f. gyn.*, n° 4, 1894.)

VARIÉTÉS

—

DE L'INFLUENCE DE L'OVARIOTOMIE SUR LA VOIX DE LA FEMME, par le Dr E.-J. MOURE, *chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux* (1). — Depuis quelques années, grâce aux progrès de la chirurgie, la castration de la femme est devenue une opération courante, que le plus petit chirurgien a pratiquée un certain nombre de fois. Je n'ai qu'à rappeler les centaines de cas rapportés par quelques grands praticiens et les nombreuses statistiques publiées dans tous les pays sur cette opération pour démontrer combien elle est devenue commune. La castration de la femme est donc entrée dans la pratique ordinaire de la chirurgie, et je n'ai pas l'intention d'envisager ici la question d'opportunité de ses résultats immédiats sur la procréation ; mon but est beaucoup plus modeste, car je veux me borner à appeler l'attention sur quelques troubles vocaux survenus chez des femmes privées de l'un ou de leurs deux ovaires.

On connaît parfaitement aujourd'hui les effets que produit l'émasculation sur la voix de l'homme. Tout le monde sait que l'ablation des testicules pratiquée chez l'enfant, détermine un arrêt de développement du larynx, d'où résulte ce timbre de la voix auquel on a donné le nom d'eunuchoïde. Nous savons encore que ce timbre spécial se rencontre dans quelques paralysies des muscles du larynx chez l'adulte, lorsque, pendant la phonation, les rubans vocaux viennent, par ce fait, se placer dans la position dite de fausset. Tous ces différents troubles sont parfaitement étudiés et ont été décrits dans les livres classiques. Au contraire, les modifications de la voix se produisant chez la femme après l'ablation des ovaires n'ont pas encore appelé l'attention des observateurs ; c'est pour ce motif que j'ai cru intéressant de rapporter deux exemples typiques, ayant entre eux la plus grande ressemblance et démontrant l'influence éloignée que peut avoir la castration sur la voix féminine.

On ne doit pas s'étonner du peu d'attention qui a été porté de ce côté ; d'abord, parce que très souvent les malades opérées et guéries ont été perdues de vue après quelques mois, et ensuite parce que chez celles que l'on a eu l'occasion de voir, on s'est fort peu occupé des changements qui ont pu se produire du côté de leur

(1) Communication à la Société française de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Mai 1894.

larynx. Ces modifications ne sont du reste pas toujours faciles à noter chez la femme qui se sert de son larynx simplement pour parler. Il faut avoir l'occasion qui nous a été offerte de rencontrer des personnes ayant fait usage de leur voix pour chanter pour bien apprécier les différences qui peuvent se produire dans ces cas. *Je me hâte d'ajouter que ces troubles vocaux ne sont pas constants* ; et de même que chez l'homme l'ablation des testicules ne cause pas toujours la production de la voix eunuchoïde, de même chez certaines femmes l'extirpation des ovaires ne doit probablement avoir aucune influence sur le timbre vocal. C'est probablement au-dessous d'un certain âge que l'on voit survenir ces différents troubles qui, je le répète, ne sont pas toujours faciles à apprécier et dont il faut rechercher l'existence. — Voici du reste brièvement résumés les deux faits les plus typiques que j'aie eu l'occasion d'observer :

OBSERVATION I. — Mme X..., âgée de trente ans, vient me consulter le 9 janvier 1888 pour des troubles vocaux particuliers qu'elle éprouve surtout depuis quelques mois et qui ont résisté à tous les traitements ordinaires.

« C'est, me dit elle-même cette dame, depuis mon opération surtout que je me suis aperçue que je ne pouvais plus chanter avec autant de facilité. J'attribuai d'abord ces troubles à ce que j'étais restée assez longtemps sans émettre des sons musicaux ; mais malgré des exercices réguliers, je ne retrouve plus ma voix d'autrefois. »

J'interrogeai alors Mme X... sur la nature de l'opération dont elle parlait, et elle me dit alors qu'on lui avait enlevé les deux ovaires en novembre 1885. Elle avait parfaitement guéri de son opération dont les suites avaient été normales. Après son opération, elle était restée longtemps sans chanter, et c'est en reprenant ses exercices vocaux qu'elle avait constaté des modifications très notables dans son timbre. J'appris aussi qu'avant sa castration elle avait une voix de soprano aigu, tandis qu'aujourd'hui elle avait perdu toutes ses notes élevées. Elle atteignait le *sol* avec beaucoup de difficulté, et, par contre, son médium s'était timbré, son grave avait pris du volume, ou même s'était développé. Bref, sa voix avait complètement changé de registre ; de soprano, elle était devenue une mezzo grave, je dirais presque une contralto si sa voix eût été plus vibrante et surtout plus étendue. Bien plus, le trouble vocal était appréciable pendant la phonation ordinaire ; la voix de Mme X... était devenue plus grosse et beaucoup plus forte qu'autrefois ; son entourage avait observé le fait,

et c'est même parce qu'elle se croyait perpétuellement enrouée qu'elle venait me consulter.

A l'examen du larynx, je ne constatai rien d'anormal ; les cordes vocales étaient blanches, peut-être un peu flasques. Pas de douleur au niveau du larynx à la palpation extérieure.

Obs. II. — Le deuxième fait est relatif à une tailleuse âgée de trente-quatre ans, qui vint me consulter il y a quelques mois pour une surdité due à une otite moyenne scléreuse unilatérale. Comme cette malade me parlait avec une voix masculine, très vibrante et très timbrée, je lui demandai si elle avait toujours eu cette même voix et si elle n'avait pas subi d'opération. Un peu étonnée d'abord, elle me répondit qu'elle avait été opérée cinq ans auparavant pour une tumeur à l'ovaire gauche. Pour ce qui concerne sa voix, elle avait en effet remarqué qu'elle ne pouvait plus chanter comme autrefois, que sa voix ne pouvait plus monter ; mais elle s'était peu préoccupée de ces troubles... J'appris encore que l'on trouvait autour d'elle que sa voix était devenue plus grosse et plus forte ; mais on ne chercha pas l'explication de ce phénomène, car, à l'exemple de bien des tailleuses, Mme X... ne faisait usage de sa voix que dans son atelier en travaillant ; elle s'était, par conséquent, fort peu occupée des modifications survenues de ce côté depuis son ovariotomie.

Je me borne à l'exposé de ces deux faits, persuadé que le jour où l'attention sera attirée de ce côté, d'autres exemples viendront s'ajouter à ceux-ci et permettre de faire une étude plus complète de cette intéressante question de physiologie qui formera le complément des travaux nombreux publiés sur les relations des organes génitaux et du larynx, aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Comment peut-on expliquer la production de ces changements du timbre vocal chez certaines femmes après la castration ? J'avoue que je n'hésiterais pas à les rattacher à une sorte de mue tout à fait analogue à celle qui se produit chez l'homme au moment de la puberté. Cette mue a pour résultat l'accroissement du larynx et par conséquent l'élongation des rubans vocaux, d'où découlent naturellement les modifications du timbre vocal. On conçoit ainsi comment, au-dessus d'un certain âge, la castration ne doit probablement pas avoir d'influence sur la voix, pas plus chez l'homme que chez la femme. Il faudrait maintenant rechercher si le développement du thyroïde devient, dans quelques cas, assez considérable pour déterminer la formation de cette saillie dite pomme d'Adam, dont l'homme a le pri-

vilège. Il faudrait également chercher si, dans le cas où l'on châtre une jeune fille, la voix de cette dernière subit des modifications analogues à celles que j'ai observées.

Je résumerai en disant que, d'après ce que j'ai vu, l'ablation des ovaires, chez la femme encore jeune, semble, au moins dans quelques cas, abaisser la tonalité de la voix, tandis que nous savons que c'est le contraire qui se produit chez l'homme après la castration.

(*L'Écho médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Antisepsie médicale. Modelage médical par transformation locale de l'huile en tissu graisseux,** par le Dr J. Roussel (de Genève). Société d'Éditions scientifiques, 1894.

II. **Le phosphore injectable,** par le Dr J. Roussel (de Genève). Sceaux, 1894.

III. **L'oreille. Anatomie pathologique,** par Hermann Steinbrugge, professeur d'otologie à Geissen, traduit par le Dr J. A. Rattel, ancien médecin de l'Institution nationale des sourds-muets, etc. (19 figures dans le texte). Paris, 1894.

IV. **De l'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus, dix observations,** par H. Delagenière (Le Mans). Paris, 1894. Aux bureaux des **Archives provinciales de chirurgie.**

V. **Travaux d'électrothérapie gynécologique. Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique,** publiées par le Dr G. Apostoli, fascicules I et II. Paris, Société d'Éditions scientifiques, 1894.

Ces deux premiers fascicules comprennent la traduction complète de quelques travaux anglais (Thomas et Skeine Keith, Spencer Wells, Société médico chirurgicale de Brighton, Congrès de Leeds, Wright, Murray, Société obstétricale d'Edimbourg), américains (Académie de médecine de New-York, Kellof, Mundé), russes (Massin) , italiens (François Candia), allemands (Klein, Engelmann), danois (Kjœrgaad), autrichiens (Ludwig Mandl et Joseph Winter), polonais (Jaworowski), hongrois (Hugo), canadiens (Laforest). Un certain nombre de ces travaux étaient déjà connus des lecteurs français d'une façon plus ou moins complète, d'autres étaient presque passés inaperçus. En nous donnant cette première série de traductions, M. Apostoli a voulu réunir tout ce qui a été écrit d'important, depuis 1888, sur l'électrothérapie gynécologique, à l'étranger. Dans des notes originales il a pris soin de corriger ou d'atténuer les jugements qui lui semblaient erronés ou exclusifs. Ce volume, qui ne se prête guère à une analyse détaillée est utile à lire pour ceux qui s'intéressent à l'électrothérapie gynécologique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

162. — Du traitement intra-utérin des collections tubaires. — En ce temps d'hystérectomie à outrance, il est intéressant de faire ressortir les avantages que peuvent parfois donner des traitements conservateurs dont le seul défaut est de ne pas être brillants. Sans vouloir dire, et avec raison, que le curettage et la dilatation intra-utérine viennent à bout de toutes les salpingites, M. Tanguy essaie de montrer que des malades peuvent, après ce simple traitement, être très améliorées, sinon guéries pour toujours. Mais pour avoir un succès, il faut évidemment que l'orifice interne des trompes ne soit pas oblitéré, et ce diagnostic ne peut être fait. Il est donc assez difficile d'établir rigoureusement une règle de conduite. Néanmoins, lorsque les lésions ne sont pas très anciennes, lorsque la tumeur n'a pas subi un trop grand degré de prolapsus, qu'elle n'est pas fixée par des adhérences multiples sur les côtés de l'utérus, et que son volume n'est pas trop considérable, lorsqu'on ne trouve pas de coudure brusque de la partie du canal qui relie la tumeur à l'utérus et que ce canal a une direction à peu près transversale, on peut essayer le traitement conservateur. S'il échoue, on aura recours à une intervention plus radicale.

Le manuel opératoire consiste dans le curettage après dilatation à la laminaire et le drainage utérin pendant plusieurs jours, au moyen de gaze iodoformée.

Pour recommander ce traitement, l'auteur s'appuie sur quinze observations dont cinq personnelles particulièrement intéressantes. Au bout de quelques jours, on voit du pus sourdre du fond de l'utérus, derrière la mèche de gaze, en même temps que la poche tubaire s'affaise. Dans un cas, la collection tubaire ne s'est écoulée par la cavité utérine que d'un côté; il a fallu pratiquer l'incision du cul-de-sac postérieur pour vider celle du côté opposé.

Les suites immédiates sont excellentes, et la guérison est survenue chez ces cinq malades. Chez deux d'entre elles, elle se maintient même depuis six mois dans un cas et depuis un an dans l'autre. On

peut donc conclure qu'il y a un certain nombre de collections tubaires qui peuvent être évacuées et guéries par le traitement intra-utérin.



163. — De l'atrésie du vagin et de son traitement par greffe animale ou transplantation, par M. Heliodor de Swiecieki, de Pesep. *(Arch. de tocolog. et de gynécolog.*, juillet 1893). — A la suite d'un accouchement laborieux, une femme présenta une gangrène totale des parois vaginales, à laquelle fit suite une atrésie complète du vagin, remplacé par un cordon de tissu inodulaire étendu du col de l'utérus à la vulve. L'utérus était distendu par une énorme quantité de sang. L'auteur eut recours alors au procédé suivant pour la reconstitution du vagin :

Il incisa la vulve fermée par des tissus cicatriciels, et avec le bistouri, taillant dans les adhérences du vagin, il arriva à l'utérus, qu'il ponctionna avec la pointe du bistouri ; il s'écoula environ deux litres d'un liquide visqueux et noirâtre. Les suites de l'opération, après antisepsie des parties, furent remises à un autre jour.

Pour reconstituer la muqueuse, on eut recours à des bandelettes de muqueuse intestinale de lapin, séparée de la couche musculaire et lavée dans une solution de chlorure de sodium à 6 % et à 38°. On tapissa le vagin de ces bandelettes, qui furent maintenues en place au moyen de tampons de gaze aseptique trempée dans la solution de chlorure de sodium. Le résultat fut nul. Deux semaines après, l'opération fut de nouveau essayée, après dilatation préalable du vagin.

Les bandelettes furent recouvertes de papier d'étain, destiné à maintenir le degré d'humidité utile et maintenues en place comme précédemment. Au bout de neuf jours, toutes les greffes étaient prises et le conduit vaginal reconstitué.



164. — Choléra infantile. (Gross).

1° Calomel..................	0 gr. 005 — 0,015	
Salol......	0 — 1	0,2
Sucre..................	0 — 3	

M. Pour faire six paquets. — A prendre un de ces paquets toutes les deux heures dans de l'eau bouillie.

Puis, quand la maladie date déjà de quelques jours :

2° Salol....................	0,1 — 0,2
Sucre de lait............	0,3

M. A diviser en dix doses. — A prendre toutes les deux heures un de ces paquets dans de l'eau bouillie.

En même temps, on fera prendre, à la suite de l'ingestion de la poudre de salol, des gouttes suivantes

3° Acide chlorhydrique dilué..........	15 part.
Pepsine..........................	4 —

M. — A prendre quatre fois par jour 2 ou 3 gouttes.

Cette dernière prescription sera continuée jusqu'au rétablissement des fonctions digestives.

***

165. — Dysménorrhée névralgique.

Extrait d'opium.................	0,10 centigr.
Extrait de belladone..............	0,10 —
Sulfate de quinine...............	1,50 —

Pour 25 pilules. En prendre une toutes les trois heures.

(*Med. World* in *The Clinical Journal*, 20 septembre 1893).



166. — La vapeur d'eau comme hémostatique. — Snéguirew (de Moscou) recommande l'application de la vapeur d'eau chaude au traitement des hémorragies parenchymateuses rebelles et spécialement contre certaines hémorragies utérines. Voici comment il procède d'après la *Revue internat. de bibliog.*

Après avoir dilaté le col, il introduit dans l'utérus une canule reliée à une petite chaudière dans laquelle de l'eau est maintenue en ébullition, puis il laisse agir pendant quelques instants sur la muqueuse utérine les vapeurs qui se dégagent. La douleur serait nulle. L'effet hémostatique s'accompagnerait d'une action antiseptique qui se manifeste, entre autres, par la désodorisation complète d'écoulements auparavant fétides.

Dans ces derniers temps, des opérations importantes, telles que des résections des genoux et des extirpations de tumeurs du sein et d'autres organes, ont pu être pratiquées dans plusieurs hôpitaux de Moscou sans avoir recours aux ligatures, aux pinces hémostatiques ni à

la compression élastique, grâce au procédé d'hémostase de M. Snéguirew, par la vapeur d'eau chaude. L'application de ce procédé ne provoque aucuns troubles généraux ni locaux. Les plaies qui y ont été soumises guérissent par première intention.



167.— Injection sous-cutanée de sérum artificiel dans une hémorrhagie grave. — A la Société de médecine du Nord, M. Lemoine a communiqué les excellents résultats qu'il a obtenus dans un cas d'hémorrhagie grave par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel. Voici cette observation :

Une femme jeune est prise au cours d'une grossesse d'une abondante hémorrhagie. Les phénomènes généraux étant graves, la pression sanguine très abaissée, M. Lemoine résolut de lui faire une abondante injection d'eau salée. Le liquide qu'il employa était ainsi composé :

Phosphate de soude...............	} àà 8 gr.
Chlorure de sodium...............	
Eau distillée........................	1 litre

On injecta à la malade dans le tissu cellulaire de la fesse 800 gr. de ce liquide. Trois heures après, le liquide avait presque disparu, la connaissance était revenue, le pouls relevé, la diurèse reprise, et la malade guérit.



168.— Asepsie en obstétrique. — On sait que *Weit*, en Allemagne, préconise depuis deux ans l'asepsie en obstétrique. Dans un travail paru récemment, il déclare utiles les lavages de la vulve avant l'accouchement. Les pubis, les grandes lèvres et la région anale doivent être soigneusement nettoyés au moyen de ouate imprégnée d'eau savonneuse, puis irriguées au moyen d'une solution antiseptique. Il considère la désinfection du vagin comme rationnelle avant toute intervention opératoire. Il en est de même si l'on voit évoluer, pendant l'accouchement, un processus de putréfaction ou s'il s'agit d'une patiente déjà contaminée.

L'auteur conseille de s'abstenir de toucher sans motif suffisant. Si un examen des organes génitaux est indispensable, il faut introduire directement le doigt dans le vagin, sous le contrôle de l'œil de l'ac-

coucheur et non pas en faisant glisser au préalable l'indicateur le long du périnée. Les mains de l'accoucheur seront *parfaitement* désinfectées.

C'est seulement dans les cas de *rétention prolongée du placenta* qu'il faut intervenir activement.

Tout examen doit être rigoureusement indiqué. Cependant dans les établissements d'instruction pour étudiants et pour sages-femmes, il faut bien utiliser les différents moyens d'exploration interne et externe.

(*Journal d'Accouchements*).



169. — L'ergot de maïs comme moyen destiné à provoquer les contractions utérines. — D'après des essais institués sur huit parturientes atteintes de faiblesse des contractions utérines par M. V. Grouzdew dans le service de M. A. Lebedew, professeur de clinique obstétricale à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, l'ergot de maïs (qui a déjà été préconisé par des confrères américains contre l'atonie utérine *intra partum*) serait réellement un bon médicament ecbolique, exempt des inconvénients du seigle ergoté et pouvant par conséquent être employé à toutes les périodes de l'accouchement, lorsqu'il y a insuffisance des contractions de l'utérus.

M. Grouzdew s'est servi chez ses malades de teinture d'ergot de maïs administrée à la dose de 2 à 4 grammes. Dans toutes ses observations, — à l'exception d'une seule où l'effet du médicament a été nul, — cette dose a provoqué en un laps de temps variant de vingt-cinq minutes l'apparition de contractions utérines énergiques et régulières, c'est-à-dire nullement tétaniques. Le médicament a été bien supporté et n'a jamais provoqué de nausées ni de vomissements. Les suites de couches ont toujours été normales.

Il est bon de faire observer que chez toutes les malades de M. Grouzdew on avait, avant de donner l'ergot de maïs, employé sans succès les moyens dont on se sert habituellement pour combattre la faiblesse des contractions utérines pendant les périodes de dilatation et d'expulsion, tels que la quinine, l'alcool, les bains, etc. (*Semaine médicale.*)

⁂

170. — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus génital chez les femmes âgées, par le Dr Ern. Guilliou. (Thèse de Paris, 1894). — L'auteur étudie d'abord le mécanisme du prolapsus génital, qu'il considère avec raison comme une hernie de faiblesse, les ligaments sont relâchés, la sangle périnéale souvent effondrée, les tissus flasques, l'utérus quelquefois lourd, mais plus souvent petit, ne contribue guère par lui-même à la production du prolapsus, il est plutôt entraîné qu'il ne pousse. Ces prémisses étiologiques posées, la conclusion thérapeutique rationnelle qui en déroule, c'est que le traitement doit viser surtout à refaire l'appareil de soutènement, à diminuer le calibre du trajet herniaire, plutôt que s'adresser aux organes herniés. C'est ce que fait l'auteur qui, après avoir fait le procès, un peu sommaire peut-être, des pessaires, de l'opération d'Alquié-Alexander, de l'hystéropexie, et même de l'hystérectomie employée isolément, se déclare partisan de la colporrhaphie et de la colpopérinéorrhaphie complétées, si cela est nécessaire, soit par une amputation du col utérin, soit, mais dans certains cas rares seulement, par l'hystérectomie vaginale.



171. — Le massage en gynécologie. — Le docteur Evmenieff, au Ve Congrès des médecins russes, donne les résultats qu'il a obtenus par la méthode de Brandt qu'il préfère au procédé suédois : parmi les maladies traitées, il y avait 52 p. 100 de métrites et d'annexites ; 24,5 p. 100 de déplacements utérins ; 12,9 p. 100 de métrorragies. Les affections inflammatoires ont toutes guéri définitivement ; tandis que les prolapsus avaient toujours une tendance à récidiver. Dans les flexions de l'utérus le massage, sans amener le redressement, a cependant donné de bons résultats, car il produisait la distention des cicatrices et des adhérences, une diminution des phénomènes péri-utérins et l'amélioration de l'état général. Le massage utérin a, d'après l'auteur, surtout cet avantage qu'il n'oblige pas la malade de garder le lit, mais il doit être fait par le médecin lui-même, ou du moins sous sa direction.



172. — Procédé simplifié d'amputation sus-vaginale de l'utérus fibromateux. — Le professeur Ott communique au Ve Congrès des médecins russes, son procédé opératoire pour les fi-

bromes utérins. Il commence par faire un curetage et cautérisation de la muqueuse du col utérin. Ensuite il fait la laparotomie et applique trois ligatures (pas plus) sur les annexes, de façon à enserrer un peu de tissu utérin et les plus gros vaisseaux ; puis amputation sus-vaginale après application de quatre ligatures autour de la cavité du col, sans l'enserrer, et comprenant toute l'épaisseur des parois du canal. Enfin, une mèche de gaze iodoformée est introduite dans l'orifice utérin du col et sort par l'orifice vaginal, tamponnement vaginal. Quant au moignon, il est traité comme le pédicule d'un kyste, puis réduit dans la cavité péritonéale et l'on suture la paroi abdominale. L'orifice de communication entre le col et la cavité péritonéale s'oblitère assez vite. Les avantages de ce procédé sont :

1° La rapidité et la simplification de l'opération ;

2° De plus, on évite par ce procédé la possibilité d'une auto ou hétéro-infection ;

3° La garantie, enfin, contre une hémorrhagie primitive ou secondaire. La mortalité est de 3,4 p. 100. (*Wratsch*, n° 3, 1894.)



173. — Utilité des opérations partielles dans le traitement du cancer du col, par le Dr Monod (de Bordeaux). — *Conclusions.* — Aucun de nos lecteurs ne songera, pensons-nous, à contester le bénéfice très réel qu'ont retiré de notre intervention, les deux malades dont nous venons de rapporter l'observation. Les faits analogues seraient assurément beaucoup plus fréquents si les praticiens, encouragés par les résultats acquis, consentaient à recourir résolument aux interventions partielles en présence d'un cancer de l'utérus reconnu inopérable. Nous estimons donc — et sera là notre conclusion — qu'entre l'opération radicale et l'abstention complète, il y a place pour une autre conduite. Si les opérations partielles, comme l'expérience clinique le démontre, procurent aux malades un soulagement incontestable et souvent une survie inespérée, celles-ci sont, non seulement légitimes, mais formellement indiquées.

(*L'Echo médical.*)



174.— Le seneçon comme emménagogue. — D'après le Dr W. Murell, du Westminster Hospital de Londres, le seneçon vulgaire, qu'il a eu l'occasion d'employer, serait vraiment un excellent remède

contre les aménorrhées dites fonctionnelles, surtout contre celles qui surviennent sous l'action du froid et à la suite d'un accouchement.

On administre le médicament sous forme de teinture à la dose de 4 à 8 grammes répétés 3 ou 4 fois par jour, ou bien sous forme d'extrait fluide, dont on fait prendre 20 gouttes, également 3 ou 4 fois dans la journée.

Ce traitement suffirait aussi pour rétablir la menstruation au bout de dix à quinze jours et n'exercerait aucune action nuisible sur la digestion ou sur les autres fonctions.

Il augmenterait enfin le flux menstruel trop peu abondant, calmerait les troubles dysménorrhéiques et dissiperait la céphalalgie, dont beaucoup de femmes souffrent pendant leurs règles.

(*Gazette de gynécologie.*)

***

175. — La salipyrine dans les hémorrhagies utérines. — M. le Dr H. Kayser de Giessen a constaté l'action énergique de la salipyrine (1 à 3 gr. par jour) sur les hémorrhagies menstruelles et intermenstruelles dues aux métrites, endométrites, paramétrites, aux petits fibromes sous-muqueux et surtout au moment de la ménopause. Les douleurs n'ont pas été influencées.

***

176. — Solution et poudre contre la gangrène de la vulve.

Acide phénique........................	2 gr.
Alcool................................	10 gr.
Eau distillée.........................	200 gr.

Faites dissoudre. — Pour injections ou pour lotions dans le cas de gangrène de la vulve chez les petites filles.

On saupoudre ensuite les parties malades avec le mélange ci-dessous :

Poudre de quinquina......... Poudre de charbon...........	} ãã gr. 20

Mêlez. (*Union Médicale.*)

***

177. — Lait bouilli ou lait cru dans l'allaitement artificiel, par le Dr Moreau (de Tours). — *Conclusions.*

1° S'il est incontestable que certains enfants digèrent plus facilement le lait cru que le lait bouilli, on peut néanmoins affirmer que dans l'immense majorité des cas, l'ébullition ne diminue aucunement la digestibilité du lait ;

2° Le pouvoir nutritif du lait bouilli est grandement suffisant pour subvenir aux besoins des jeunes enfants ;

3° Le lait bouilli se conserve sans altération plus longtemps que le lait cru ;

4° Le lait est très souvent le véhicule des germes contagieux de certaines maladies ;

5° Parmi celles-ci, la tuberculose est de beaucoup la plus fréquente ;

6° L'ébullition du lait met à l'abri de tout danger de contagion par ce liquide ;

7° Il est donc absolument indiqué de faire bouillir le lait destiné à l'allaitement artificiel.

(*Journ. d'Hygiène*).

***

178. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme. — Irrigations boriquées chaudes au millième, suivies d'insufflations d'iodoforme. Tous les quatre ou cinq jours, badigeonner le vagin au nitrate d'argent, solution au cinquantième. Horand.

Tampon de ouate assez gros, lié au milieu avec un fil servant à le retirer, et saupoudré de colophane porphyrisée (le renouveler trois fois par jour). G. Sée.

Injections avec solution de chlorure de zinc au millième.

Martineau.

Injection de Boys :

Eau distillée	150	grammes.
Glycérine	30	—
Teinture d'iode	3	—
Acide phénique	1	goutte.

M. S. A.

On peut aussi employer : l'eau blanche, l'alun, le chlorure de soude, l'acétate de zinc, l'acide borique, le vin aromatique, l'infusion de roses rouges, etc.

Toniques généraux, reconstituants et anti-scrofuleux, bains salés et sulfureux, air marin. Dr Monin.

***

179. — Pilules laxatives. (A.-F. Philippeau).

Cascara sagrada................	5 centigr.
Extrait de noix vomique.........	ãã 1 centigr.
Extrait de belladone............	
Poudre d'ipéca.................	ãã 1 centigr.
Podophyllin....................	

Pour une pilule.— A prendre le soir en se couchant.



180. — Injections vaginales au naphtol.

1° Naphtol A....................	3 grammes.
Alcool........................	26 —
Eau distillée...................	1000 —
2° Naphtol B....................	5 grammes.
Alcool........................	30 —

Eau distillée chaude, q. s. pour faire 1000 centim. cubes.



181. — Traitement de l'herpès génital. (Monin.) — Si la peau est sèche, onctions à la vaseline ; sinon, lavages avec eau phéniquée étendue au millième, puis poudrer avec le mélange de Besnier :

Amidon de riz..................	100 grammes.
Tanin.........................	5 —
Salicylate de bismuth............	1 —

M. S. A.

Traitement préventif.

1° Deux fois par semaine, douche froide de trente secondes, en lance, sur le rachis lombaire ;

2° Lotion vulvaire matin et soir, avec le vin aromatique.

3° Hygiène sévère ; ne pas changer son alimentation ; se garder du découragement ; continence pendant les éruptions.

***

182. — Pilules pour augmenter le volume des seins. (Monin).

Extrait de galéga	ãã 0 gr. 05
— d'ortie blanche	ãã 0 gr. 05
— d'ergot	ãã 0 gr. 05
Hypophosphite de chaux	ãã 0 gr. 05
Essence de cumin	q. s.

Pour une pilule dragéifiée.

A prendre, aux repas, deux à six par jour.



183. — Traitement de certaines formes de cancer utérin, par M. le Dr Bowremann Jesset. — Tout en rendant justice au curettage de l'utérus comme traitement palliatif du cancer, l'auteur préconise certains moyens de traitement médical qui ont l'avantage de faire moins de dégâts et d'éviter la dilacération des tissus. C'est ainsi qu'il recommande contre les hémorrhagies les applications d'éponges imbibées d'eau chaude ou de teinture de matico (*Therapeutic Gazette*, 15 septembre 1893).

Les applications de caustiques, entre autres de chlorure de zinc, donnent de bons résultats, ainsi que les applications de tampons imprégnés d'une solution forte de soude.

Dans tous les cas qu'il a traités par l'administration de bromure d'arsenic à la dose de 2 milligrammes par jour, M. Bowremann Jessek a été satisfait du résultat obtenu. — P. C.



184. — Traitement du cancer de l'utérus.

Acide salicylique	40 centigr.
Salicylate de soude	12 gr.
Teinture d'eucalyptus	24 gr.
Eau distillée	180 gr.

Trois grandes cuillerées dans 500 gr. d'eau pour injections désodorisantes toutes les trois ou quatre heures. (*Gaz. méd. de Paris.*)



185. — Traitement des abcès du sein par le Dr S. Rémy (de Nancy). — Le plus petit accident du côté des mamelons pouvant entraîner des conséquences graves, aussi bien pour l'enfant que pour la mère, mérite donc l'attention du praticien. Le traitement préventif consistera donc à prendre toutes les précautions nécessaires pour faire éviter les gerçures, en assouplissant les mamelons à peau dure et calleuse, en fortifiant les téguments trop délicats, en les protégeant contre le contact des corps durs ou mouillés par le lait aigri. S'il existe des gerçures et des érosions, on recommandera une antisepsie minutieuse des mains et des pansements, et on éloignera toute cause de froissement et de refroidissement.

Avant de passer en revue les différents problèmes que soulèvent les affections du sein, répondons à une question qui peut nous être posée: une femme qui a eu autrefois des abcès du sein, peut-elle nourrir à la couche suivante ? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. J'ai bien des fois conseillé l'allaitement à des mères dont un sein présentait des cicatrices d'anciens abcès, nous n'avons pas eu à nous en repentir. Que la sécrétion lactée de ce côté soit diminuée, cela se conçoit, mais dans la clientèle je n'ai jamais observé de récidive d'abcès. Une fois seulement j'ai vu à la Maternité une femme présenter des abcès répétés, au 9e mois de sa première grossesse, après la naissance de son second enfant, et un abcès superficiel à sa troisième couche, mais je dois ajouter que cette malade avait de l'eczéma du sein.

L'engorgement pouvant se terminer de deux façons bien différentes, une heureuse par résolution, une défavorable par suppuration, il y a donc lieu d'apporter tous ses soins au traitement de cette complication. Prenons donc la lésion à son début et cherchons ce qu'on peut faire pour favoriser la résolution.

Au début d'un engorgement on se trouve parfois dans certaines familles en présence d'une opinion prônée par beaucoup de sages-femmes et soutenue par des médecins, c'est-à-dire, qu'il est utile de faire vider le sein par l'enfant et même par un enfant vigoureux, afin de faire disparaître l'engorgement laiteux. Remarquons d'abord qu'il y a une différence essentielle entre une tuméfaction locale chaude et

douloureuse et une tension générale de tout un sein par accumulation de lait dans les acini et les canaux galoctophores, sans réaction fébrile.

Cette manière de faire ne peut présenter que des inconvénients pour le sein malade ; elle augmente la douleur et l'irritation par les froissements qu'elle occasionne, elle provoque l'afflux sanguin et le travail de sécrétion, phénomènes qui *a priori* favorisent l'inflammation. Le repos de l'organe nous a paru toujours préférable, puisqu'il agit en sens contraire ; il arrête la sécrétion, éloigne toute cause de congestion, et permet l'application continue du traitement décongestionnant. Et d'ailleurs est-il bien prudent de faire absorber par un enfant du pus ou du lait mélangé de globules purulents ?

Ne l'expose-t-on pas à contracter une diathèse purulente ? Je veux répondre par des faits.

Une femme de la Maternité prend un engorgement du sein droit du 18 au 25 février, or nous trouvons consigné dans l'observation que le 20 l'enfant présente plusieurs abcès, et qu'il meurt le 24 d'infection purulente avec teint plombé et abcès superficiels.

Une autre femme présente un phlegmon du sein le 27 juin qui s'abcède ensuite, de son côté l'enfant présente le 2 juillet un abcès du sein droit.

Je suis appelé à donner mes soins à une dame atteinte d'abcès multiples des seins consécutifs à des gerçures contractées en allaitant son enfant. Au même moment l'enfant prend de la fièvre, une tumeur se forme dans la région rénale droite, augmente de volume, devient fluctuante, est ponctionnée et donne issue à une abondante quantité de pus et disparaît après cette ponction suivie du lavage de cette poche ; il s'agissait selon toute vraisemblance d'un abcès périnéphrétique.

Dans ces trois faits n'y a-t-il qu'une simple coïncidence ? ou bien l'enfant, en absorbant un lait chargé de pus, a-t-il contracté une diathèse purulente ? je me range à cette dernière opinion, et pour ma part, je crois qu'il est prudent d'écarter immédiatement l'enfant du sein malade.

Quel traitement opposer à l'engorgement du sein ?

La première chose à faire est de vider, si cela est possible, la glande malade selon le conseil de M. Budin. Il dit, dans une communication faite à l'Académie de médecine, en 1889, avoir réussi par de simples pressions du mamelon, exercées d'abord d'avant en arrière, puis ensuite d'arrière en avant, à faire sortir des canaux galactophores du lait mélangé de pus, et avoir pu, en répétant ces pressions tous les jours,

Pour aseptiser ces tiges, et pour rendre la dilatation aussi peu douloureuse que possible, on aura soin de faire séjourner les tiges dans la solution suivante, au moins pendant 5 à 6 jours, et de ne les retirer de la solution qu'au moment d'en faire usage:

Ether sulfurique	100 gr.
Iodoforme pur	10 gr.
Cocaïne	5 gr.

Il est bon, ainsi que cela a été conseillé dans ces derniers temps, de munir les tiges d'un disque de caoutchouc, pour empêcher, comme cela a été observé un certain nombre de fois, que la tige ne pénètre trop loin dans le canal cervical et ne soit d'une extraction difficile ; quelquefois aussi il y a difficulté, à la tenir en place, sans ce moyen.

Le vagin ayant été soigneusement aseptisé, le col et la cavité utérine ayant été lavés avec une solution picriquée, la tige ayant reçu la courbure démontrée la plus favorable à son introduction facile (par une hystérométrie préalable), et sa longueur étant calculée de façon à être toujours inférieure d'un centimètre à celle de la longueur du canal cervico-utérin, on saisit la tige avec une pince à pansement et on la pousse dans l'utérus, en suivant la direction indiquée par l'hystéromètre, jusqu'à ce que le disque de caoutchouc affleure à l'orifice externe.

Un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée termine cette petite opération.

Pendant toute la durée de la dilatation, la malade doit garder le repos au lit ou au moins sur la chaise longue.

Grâce à l'adjonction de la cocaïne à l'éther iodoformé, la dilatation se fait, le plus souvent, sans douleur, et on peut, sans inconvénient, laisser les tiges en place pendant 10 à 12 heures.

Au bout de ce temps, il suffit d'enlever la gaze iodoformée et d'exercer une légère traction sur l'extrémité de la laminaire qui fait saillie hors de l'orifice externe du col, pour retirer la tige.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LA PERFORATION DE L'UTÉRUS AVEC LA CURETTE ET AVEC LES DILATATEURS MÉTALLIQUES.

N'avez-vous jamais perforé l'utérus avec une curette ? me disait dernièrement un très distingué chirurgien de Bruxelles, pour ma part, je l'ai perforé plusieurs fois, disait-il, mais grâce à l'antisepsie, ces perforations n'ont eu aucun inconvénient.

De temps en temps on lit des observations de perforations de l'utérus avec l'hystéromètre ou avec la curette. Une cause moins connue de perforation utérine, et dont je connais un cas absolument indéniable, est l'emploi de la galvano-caustique chimique intra-utérine. Dans le fait auquel je fais allusion, on pratiqua une injection intra-utérine après un curettage et on constata avec étonnement, bien que le curettage n'eût rien présenté d'anormal, que le liquide de l'injection ne sortait pas par l'utérus. L'hystérectomie, faite séance tenante, permit de constater qu'il existait une perforation parfaitement cylindrique du fond de l'utérus. La malade interrogée raconta qu'elle avait été soumise, quelque temps auparavant, à une application électrique intra-utérine à hautes intensités ; elle n'avait éprouvé aucun malaise spécial et la persistance des hémorrhagies, qu'on avait eu l'intention de faire disparaître par l'élec-

trolyse intra-utérine, était la seule cause pour laquelle elle était venue se faire curetter à l'hôpital. La forme de la perforation constatée après l'hystérectomie concordait trop exactement avec le mode de traitement précédemment employé pour qu'il fût permis de douter de la cause de cette perforation. La malade guérit du reste sans accidents.

Les perforations dans le curettage sont le plus souvent sans danger, si on a pris toutes les précautions antiseptiques de rigueur et si on évite de faire consécutivement des injections caustiques.

Ces perforations s'expliquent, à notre avis, par un emploi trop brutal de la curette et surtout par l'emploi des curettes à tige rigide dont on n'a pas su faire coïncider la courbure avec celle de l'axe cervico-utérin. Pour ma part, bien que j'aie fait un nombre considérable de curettages d'exploration et un nombre déjà grand de curettages proprement dits, pour des endométrites avec utérus mollasses ou fermes, en position normale ou déviés, mobiles ou adhérents, je n'ai jamais eu de perforation à déplorer. Cela tient d'une part à la précaution que je prends de courber la curette de façon à ce qu'elle suive sans difficulté la courbure de l'axe cervico-utérin, à ce fait que je l'introduis toujours doucement jusqu'au fond de l'utérus et que je ne commence à la faire mordre dans la muqueuse qu'après avoir atteint le fond et en ramenant la curette de haut en bas ; enfin au soin avec lequel j'évite toute violence, persuadé que je suis que si la curette ne mord pas, ce n'est nullement faute d'appuyer assez fort, mais faute d'avoir donné au tranchant de la curette une bonne direction. On ne doit, du reste, jamais introduire une curette à l'aveuglette, sans s'être assuré au préalable par l'examen bimanuel et au besoin par l'hystérométrie (celle-ci toujours faite avec un hystéromètre flexible, auquel on aura donné la courbure appropriée, telle que l'examen bimanuel aura indiqué qu'elle doit être) comme moyen

complémentaire de renseignement sur la direction de l'axe cervico-utérin et sur la profondeur de la cavité utérine. Les curettes à tige rigide sont à rejeter aussi bien que les anciens hystéromètres rigides de Huguier, de Valeix, etc.

Encore peut-on dire que la perforation avec la curette, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, pourvu qu'on ne fasse pas consécutivement au curettage d'injections caustiques intra-utérines, est souvent sans dangers, ainsi que nombre de faits l'ont démontré.

Bien autrement grave est la question de la perforation avec les dilatateurs métalliques pour ceux qui, comme nous, ont recours journellement à l'emploi de ces instruments dans leur cabinet, chez des malades qui vont et viennent comme d'habitude, en évitant seulement les grandes fatigues ce jour-là. Ces dilatations sont d'une telle utilité pour le traitement des sténoses du col et du canal cervical, de l'endocervicite, de certaines endométrites récentes, comme moyen de provoquer l'évacuation spontanée des collections tubaires, comme moyen hémostatique dans certains cas de fibrome, etc., qu'on se trouve conduit à y avoir recours d'une façon quotidienne quand on fait de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice. Supprimer l'emploi des dilatateurs métalliques, ce serait obliger les malades à garder le repos au lit chaque jour de dilatation, car on n'aurait plus que la ressource de recourir aux laminaires ou aux éponges préparées qui nécessitent absolument le repos en question. Pour toute une catégorie de malades, autant vaudrait dire qu'on renonce à l'emploi de la dilatation dont les indications, comme je le disais tout à l'heure, sont si fréquentes et si urgentes.

Les dilatateurs métalliques présentent-ils donc de réels inconvénients et, en particulier, sont-ils susceptibles de produire des perforations utérines ? On comprend l'importance de cette question, car on ne saurait traiter à la légère une perforat

utérine produite chez une malade dont l'utérus peut être infecté et qu'on va laisser se promener toute une journée avec une pareille lésion.

C'est pourquoi nous croyons devoir reproduire la note ci-après de M. Auvard, en nous réservant, ce qui est de notre droit, de dire pourquoi, dans les conditions où nous faisons la dilatation, avec les instruments dont nous nous servons et avec le manuel opératoire que nous suivons, nous ne partageons nullement les craintes de notre distingué confrère.

Voir la note de M. Auvard ; elle est intitulée : *Curettage et perforation utérine*.

Il n'est pas de gynécologue pratiquant couramment le curage qui n'ait à son passif une ou plusieurs perforations de l'utérus.

Cet accident, très redouté au début de la renaissance du curage, l'est beaucoup moins maintenant, car l'expérience nous a appris que ses suites sont le plus ordinairement bénignes.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il constitue un point négligeable et l'opérateur le plus insouciant sera toujours ennuyé quand il sentira sa curette s'enfoncer dans l'abdomen de sa patiente et son extrémité venir flotter dans les anses intestinales.

Quant à ce qui concerne ma pratique personnelle, sur 270 curages que j'ai pratiqués à ma clinique du 16 mai 1890 au 18 juillet 1894, j'ai eu une perforation de l'utérus. Je n'ai jamais observé cet accident chez mes opérées de la ville dont j'ignore le nombre exact.

Les suites de cette perforation furent d'ailleurs absolument simples ; ni hémorragie, ni fièvre. Il s'agit d'un curage simple et la malade quitta la clinique le neuvième jour, bien portante.

Mon intention n'est pas d'aborder ici l'histoire complète de la perforation utérine au cours du curage, mais de mettre en relief un simple point, que je considère d'une haute importance pratique, à savoir *son mode de production*, ou, en d'autres termes, sa *pathogénie opératoire*.

Je n'aurai ici en vue que l'utérus en dehors de la puerpéralité.

L'opinion courante, classique, admise sans discussion, est que la perforation utérine est produite par la curette.

La curette, maniée par une main trop vigoureuse, rencontrant

une paroi utérine friable, transperce le muscle utérin à la manière d'une tige mousse et pénètre par son extrémité dans la cavité péritonéale.

Je ne nie pas absolument ce mode pathogénique, mais je le crois excessivement rare.

Ce n'est pas la curette qui perfore l'utérus, mais le dilatateur dont on fait préalablement usage.

Quand la curette franchit les limites de la cavité utérine, elle pénètre dans une perforation déjà existante ; elle ne fait que suivre une voie préalablement tracée.

Les quatre moyens de dilatation les plus communément usités sont :

1° La laminaire ;

2° Le dilatateur à trois branches de Sims ;

3° Le dilatateur à deux branches ;

4° Les bougies de Hégar.

Le premier moyen agissant lentement, les trois derniers rapidement, et donnant en quelques instants la dilatation nécessaire au moment où l'on va procéder au curage.

De ces divers dilatateurs, celui qui expose le plus à la perforation de l'utérus est certainement le dilatateur à trois branches de Sims.

On peut affirmer que c'est le *dilatateur perforateur* par excellence.

Sims en faisait usage en serrant doucement la vis qui rapprochant les manches amène l'écartement des branches, mais la plupart des opérateurs, entre les mains desquels je l'ai vu en usage à l'heure actuelle, ne procèdent plus avec cette douceur, ils prennent le manche à pleine main et dilatent violemment l'utérus.

Or, par cette pression violente, on exerce à l'extrémité des branches une force considérable, parfaitement capable de perforer l'utérus le plus résistant, et la perforation que ne pourrait faire la curette la plus mince à son extrémité, maniée avec beaucoup de vigueur, ce dilatateur l'accomplit avec une facilité relative.

Faites l'expérience avec un utérus détaché d'un cadavre ou enlevé par l'hystérectomie et vous pourrez vérifier l'exactitude de ce qui précède.

Après le dilatateur à trois branches, le plus dangereux est celui à *deux branches.*

Jusqu'à présent je me servais d'un modèle de ce genre que j'avais fait fabriquer sur mes indications et qui est figuré dans mon traité de gynécologie.

C'est avec ce dilatateur que j'ai eu l'unique perforation que j'ai observée, aussi actuellement en ai-je abandonné l'usage.

Les deux moyens dilatateurs qui restent en dehors des deux précédents, à savoir la *laminaire* et la *bougie de Hégar*, sont les plus sûrs pour éviter la perforation.

La *laminaire*, si elle a l'inconvénient d'être douloureuse pour la femme, de nécessiter un pansement quelque temps avant l'opération, a l'avantage de donner une cavité utérine bien perméable, et de préparer l'action plus facile des *bougies de Hégar*, alors qu'il est nécessaire d'obtenir une dilatation assez complète.

Aussi ce moyen, auquel j'avais autrefois renoncé comme trop compliqué, me semble, après expérience, le meilleur et le plus recommandable.

A l'heure actuelle, quand je dois faire le curage, je commence par l'application d'une ou de plusieurs laminaires, et si la dilatation est insuffisante, je la complète au moment de l'opération à l'aide des bougies de Hégar.

Je ne sais s'il existe des perforations de l'utérus produites par la laminaire ou l'usage des bougies de Hégar. Les opérateurs, ayant maintenant l'attention dirigée vers ce mode pathogénique de la perforation, pourront par la suite nous donner d'utiles renseignements à cet égard.

Mais si de loin en loin on observe avec ces modes de dilatation des perforations utérines, je crois qu'elles seront excessivement rares.

Le jour où on ne dilatera plus l'utérus avec des dilatateurs à trois ou à deux branches, la perforation utérine disparaîtra de la gynécologie opératoire.

Je rappelle en terminant que je n'ai en vue que l'utérus en dehors de la puerpéralité, car les considérations qui précèdent ne seraient pas exactes, appliquées à l'utérus puerpéral.

Certes, M. Auvard a raison de montrer la défectuosité des dilatateurs métalliques dont il parle dans cette note ; il a raison également d'insister sur la façon brutale avec laquelle, trop souvent, on fait la dilatation, mais faut-il conclure avec lui au rejet absolu des dilatateurs à plusieurs branches ?

J'ai dit précédemment l'intérêt pratique qu'il y avait, pour la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, à conserver l'emploi des dilatateurs métalliques. Je puis affirmer que je n'ai jamais eu à regretter d'accident d'aucune sorte par suite de la dilatation faite avec ce genre de dilatateurs, mais je dois ajouter immédiatement que le manuel opératoire, la forme des instruments diffèrent absolument du manuel opératoire et des instruments incriminés à juste titre par M. Auvard.

Nous n'employons, M. Chéron et moi, que des dilatateurs à deux branches. Ces dilatateurs sont, les uns à écartement transversal (dilatateur du Dr Chéron), les autres à écartement antéro-postérieur (dilatateur du Dr Batuaud). Les branches de ces dilatateurs sont lisses et leur écartement se fait très doucement, très progressivement à l'aide d'un écrou mobile sur une vis dont le pas est très court. L'instrument est facilement démontable pour assurer son antisepsie. Pour chaque variété de dilatation (dans le sens transversal ou dans le sens antéro-postérieur) nous avons une série d'instruments de courbure variée : un à peine courbe, un de courbure moyenne, un très courbe pour s'adapter aux diverses courbures de l'utérus à dilater, suivant qu'il est ou non en antéversion ou en antéflexion plus ou moins accentuée, en rétroversion ou en rétroflexion, etc.

Les précautions à prendre, en dehors de l'antisepsie sont :

1° de choisir le dilatateur dont la courbure (connue au préalable par l'examen bi-manuel et par l'hystérométrie avec un hystéromètre flexible) est appropriée à celle de l'utérus qu'on veut dilater ;

2° d'introduire le dilatateur avec patience et dans la direction connue déjà, et de s'arrêter lorsque l'on a dépassé l'isthme de 2 centimètres environ ;

3° d'écarter lentement les branches du dilatateur, en s'arrêtant dès qu'on éprouve une résistance un peu forte, pour conti-

nuer l'écartement une à deux minutes plus tard, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au degré de dilatation voulue. (C'est pourquoi nous écartons de notre arsenal chirurgical les dilatateurs dont l'écartement des branches se fait plus ou moins brusquement par une pression manuelle difficile à graduer) ;

4° de laisser en place, au moins pendant 4 à 5 minutes, le dilatateur écarté, avant de le retirer, pour lasser le muscle utérin et pouvoir retirer l'instrument sans aucune violence ; au besoin, desserrer plus ou moins le dilatateur avant de le retirer.

Grâce à ces précautions, grâce à cette instrumentation et à ce manuel opératoire, on peut sans aucun danger avoir recours à la dilatation extemporanée avec les dilatateurs métalliques. Dans la pratique journalière de la gynécologie médico-chirurgicale, ce mode de dilatation rend des services trop incontestables pour qu'il soit possible d'en faire l'abandon. Une mauvaise technique, une instrumentation défectueuse sont les seules raisons qui font condamner ce procédé par M. Auvard ; avec la technique que nous venons d'indiquer, avec les dilatateurs que nous employons, on n'a nullement à redouter les perforations de l'utérus.

Jules Batuaud.

Erratum. — Dans notre dernière Revue de gynécologie (n° de novembre), p. 647, 17e ligne, lire : Une autre raison, en outre, militera en faveur de ce procédé ; c'est *la possibilité* de voir survenir une grossesse — au lieu de : *c'est l'impossibilité*, etc.

DOUZE CAS DE GROSSESSE APRÈS SALPINGO-OVARITE ET PELVI-PÉRITONITE SUPPURÉE

Par le D[r] FRAIPONT (de Liège) (1).

Nous avons soutenu depuis longtemps, dans ce journal, la cause de la thérapeutique médico-chirurgicale conservatrice dans le traitement des inflammations pelviennes (salpingo-ovarites, pelvi-péritonites, paramétrites) et nous avons fait tous nos efforts pour préciser les indications des méthodes conservatrices : dilatation, drainage de la cavité utérine, curettage, incision vaginale, etc. Nous avons dit dans quels cas exceptionnels nous jugions l''intervention radicale comme absolument nécessaire, en raison des réinfections dues au genre spécial de la vie génitale du sujet, réinfections contre lesquelles le médecin se trouve alors complètement désarmé, et en même temps nous avons exposé les raisons qui militaient, dans ces cas exceptionnellement graves, nous le répétons, en faveur de l'hystérectomie vaginale.

Le gros argument que nous avons mis en avant pour défendre la thérapeutique conservatrice, c'est la possibilité de voir survenir des grossesses après des lésions parfois très graves des annexes, du péritoine pelvien ou du tissu cellulaire péri-utérin, comme nous en avions observé des exemples très démonstratifs dans notre pratique personnelle.

C'est pourquoi nous avons cité, au jour le jour, les faits de grossesse rapportés par Gouillioud, Doléris, Bétrix, etc., dans les conditions dont nous parlons. C'est pourquoi aussi nous avons traduit *in-extenso* (avril et juin 1894) le mémoire de Murray établissant, de la façon la plus indéniable, la possibilité d'une grossesse après la guérison, par le curettage, le drainage utérin et le massage pelvien des salpingites suppurées.

Le travail qu'on va lire et qui est dû à notre savant confrère de Liège, le D[r] Fraipont, méritait d'être mis sous les yeux de nos lecteurs et il est intéressant à plusieurs points de vue :

1° L'argumentation générale de l'auteur est un plaidoyer excellent contre l'abus des mutilations gynécologiques auxquelles nous avons assisté depuis quelques années.

2° Les observations prouvent que paramétrites infectieuses aussi bien que salpingites peuvent guérir assez complètement, par une thérapeutique conservatrice, pour qu'une grossesse vienne corroborer cette guérison. Si, dans certains cas, le siège exact de la suppuration est difficile à déterminer en lisant les observations de M. Fraipont, c'est que le diagnostic clinique, en dehors de l'intervention chirurgicale, est souvent obscur et on ne saurait en faire un reproche à l'auteur. C'est, à notre avis, une raison de plus pour pour être réservé dans la décision d'une hystérectomie, tant que l'urgence de l'opération n'est pas absolument démontrée. (N. D. L. R.)

Dans un article sur la *thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite*, paru dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1891, le D[r] *Doléris* répétant une idée qu'il avait

déjà émise à différentes reprises, écrivait que « l'idéal de la gynécologie, idéal basé sur les notions de la physiologie et de l'anatomie pathologique, est la guérison intégrale des lésions, alliée à la conservation de la fonction ou à sa restauration. » Et, au début de cette étude, basée sur un grand nombre de faits, rappelant une note qu'il avait lue au Congrès de Berlin, il disait qu'à son avis « l'avenir est aux plus habiles et aux mieux avisés qui guériront sans détruire ; il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique, plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation radicale des organes. L'avenir est, en d'autres termes, aux procédés de *restauration* et de *conservation* , non à ceux de *destruction*. »

A lire certains travaux parus notamment en France et aussi en Belgique, il semble que le traitement des inflammations péri-utérines, ou si l'on veut des prétendues suppurations pelviennes, ne peut être le plus souvent qu'un traitement chirurgical et qu'il faut faire, en tous cas, l'ablation des organes malades qui ne peuvent plus du reste servir à rien. La lutte s'est engagée, dans ces derniers temps, entre ceux qui défendent l'extirpation des ovaires et des trompes par la voie abdominale et ceux qui préconisent l'hystérectomie vaginale, destinée à détruire le foyer primordial de l'infection, en même temps qu'elle ouvre dans le vagin les collections péri-utérines. Les partisans de l'une ou de l'autre opération ont combattu à l'aide de statistiques dont les chiffres, quoique des plus brillants, n'en sont pas moins de plus en plus effrayants, au point qu'on peut affirmer, avec la *Revue Médico-chirurgicale des maladies des femmes de Chéron*, que dans la grande majorité des cas on a dû *évidemment laisser de côté toute tentative de thérapeutique conservatrice* (1). Du reste c'est à peine si, dans les écrits que je vise, on consent à parler de celle-ci. Elle est reléguée, en tous cas, à l'arrière-plan et on la cite visiblement pour la forme, alors qu'elle devrait être la règle et que les efforts de tous devraient tendre au contraire à la perfectionner.

(1) *Revue Médico-chirurgicale des maladies des femmes*, avril 1894.

Il faut attribuer, me semble-t-il, aux travaux de *Lawson-Tait* la tendance actuelle de certains gynécologues à supprimer des organes qu'ils considèrent comme inutiles et dangereux, au même titre que s'ils étaient atteints de néoplasmes contre lesquels sont impuissantes les ressources de notre thérapeutique.

D'après lui, toutes les *affections inflammatoires des annexes de l'utérus* sont le plus souvent d'origine blennorrhagique. Celles qui succèdent manifestement à une fausse couche reconnaissent la même cause, puisqu'à son avis, l'infection gonorrhéique est celle qui détermine le plus souvent l'avortement. La conséquence la plus constante de ces infections inflammatoires est, outre la douleur, *la stérilité*. Partant de cette idée, il est rationnel qu'il faut enlever l'organe malade qui ne peut être qu'une cause de souffrances et qui ne sert plus à rien. Dans le principe, *Lawson-Tait* se bornait à retrancher par la voie hypogastrique la trompe et l'ovaire atteints par l'inflammation, mais bientôt sa conduite change. « Me guidant, dit-il (1), d'après le principe général qu'un organe qui peut être considéré comme sain ne doit pas être enlevé, j'évitai dans tous les cas de lésions inflammatoires chroniques des annexes, que j'eus à soigner, de faire l'ablation bilatérale lorsque l'un des côtés était resté sain. Il peut sembler à première vue qu'il n'existe aucune raison valable d'intervenir bilatéralement lorsque les annexes d'un seul côté sont malades et lorsqu'il s'agit de l'occlusion et de la distension de la trompe ou d'adhérences solides qui rendent impossible le fonctionnement de ces organes et donnent lieu à d'intolérables souffrances.

Mais on reconnaît souvent que les conclusions posées à première vue peuvent être fausses, et je crains beaucoup que celles auxquelles je suis arrivé sur cette question, et d'après lesquelles je me suis dirigé pendant fort longtemps, ne supportent pas l'épreuve de nouvelles expériences. Je n'ai pu malheureusement que trop fréquemment me rendre compte combien les opérations unilatérales sont insuffisantes et ne répondent pas au résultat désiré, car l'affection récidive du côté qui était sain et cette réci-

(1) Lawson-Tait. *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduit par Betrix.

dive réclame bientôt une seconde intervention chirurgicale. » Cette conclusion est fatale. Puisque la cause de l'infection des annexes se trouve dans l'utérus, puisqu'il s'agit d'une propagation de l'affection endométritique à la muqueuse de la trompe, à l'ovaire et au péritoine pelvien, ou bien la propagation se fera à la fois des deux côtés, ou bien elle sera d'abord unilatérale et, si on supprime la trompe et l'ovaire ainsi contaminés, on se demande pourquoi les organes du côté opposé ne deviendraient pas malades à leur tour, puisqu'on laisse subsister l'utérus et son infection, source de tout le mal. Si on juge inutile de s'attaquer à celui-ci, il est assez rationnel d'enlever d'emblée les annexes des deux côtés, pour s'éviter l'ennui de recommencer.

D'après *Lawson-Tait*, « *après l'ablation des annexes, et après* « *l'arrêt de la menstruation, l'utérus ne donnera plus lieu à aucun* « *trouble sérieux* (1). » Pourquoi, dès lors, s'attarder à guérir d'abord la matrice ? Que peut-on espérer par là ? L'épithélium tubaire détruit par l'inflammation ne se reproduira pas. L'oblitération de l'orifice utérin et abdominal de la trompe n'en persistera pas moins — les déformations de l'oviducte resteront acquises — les prolapsus, les fixations anormales des ovaires persisteront. Les douleurs qui sont la conséquence de ces modifications anatomiques des annexes subsisteront aussi bien que la stérilité, suite de l'altération des tissus ou de leur oblitération.

Dès lors il ne reste plus qu'à mutiler la femme puisqu'elle ne peut plus devenir mère et qu'on peut encore l'empêcher d'être une invalide pour le reste de ses jours.

Ces idées de *Lawson-Tait* ont certainement influencé les chirurgiens qui ont préconisé depuis quelque temps l'*hystérectomie vaginale* dans les inflammations bilatérales des annexes de la matrice. Je ne rechercherai pas quelles sont les causes qui ont déterminé *Péan* et *Segond* à substituer cette nouvelle opération à l'extirpation des annexes par la voie abdominale.

Ce sujet a été suffisamment traité dans les derniers temps pour

(1) J'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme à qui on avait enlevé les annexes utérines et qui continuait à souffrir d'une blennorrhée utérine dont j'ai eu beaucoup de peine à la débarrasser (Fraipont).

qu'il soit inutile d'y revenir. Je ne discuterai pas davantage les avantages et les inconvénients réciproques des deux méthodes opératoires. Il me suffira de constater qu'en supprimant la matrice, pour donner une large ouverture vers le vagin à des suppurations vraies ou supposées de la trompe, de l'ovaire ou du tissu cellulaire pelvien, la castration utérine aboutit au même résultat navrant que la castration ovarienne, à la mutilation de la femme et à la suppression de la fonction maternelle. A ceux qui parlaient de l'impossibilité où on se trouve, dans certains cas, d'enlever ou seulement d'ouvrir les annexes, en même temps que la matrice, par la voie vaginale, on a répondu qu'après l'élimination utérine, ces organes s'atrophiaient, que le pus qui ne pouvait pas se faire jour à l'extérieur, s'épaisissait, se résorbait et que tout cela passait à l'état de tissu fibreux qui disparaissait peu à peu. La matrice et sa source d'infection n'étant plus là, les inflammations pelviennes devaient s'éteindre peu à peu.

Pour *Lawson-Tait*, qui considère cependant les inflammations des annexes de la matrice comme une propagation d'une inflammation utérine le plus souvent blennorrhagique, l'extirpation des ovaires et des trompes suffit à guérir la femme. La matrice ne fonctionnant plus, s'atrophie comme à l'époque de la ménopause et ne cause plus aucun ennui. Pour *Péan*, au contraire, et ses élèves, l'utérus, cause de tout le mal, étant enlevé, les inflammations annexielles qui en dépendaient doivent s'éteindre, surtout s'il y a des collections purulentes qui ont pu être évacuées.

De ces deux opinions, la seconde me paraît la plus logique. Du moment qu'on admet que les inflammations péri-utérines sont le plus souvent d'origine infectieuse — gonorrhéique, streptococcique ou autre — que l'infection primitivement cantonnée dans la muqueuse utérine, s'irradie de là vers les tissus du petit bassin, utérus, trompes, ovaires, péritoine et tissu cellulaire pelvien ; du moment qu'on croit que les annexes de la matrice sont perdues ou gravement compromises par les lésions, les altérations anatomiques déterminées par l'inflammation de tous les tissus, il semble assez rationnel d'enlever la matrice malade et de supprimer ainsi la source où se multiplient et se renouvellent incessamment

les agents infectieux qui partiront de là pour aller ranimer les foyers circonvoisins.

Mais avant d'extirper quoi que ce soit, il faut commencer par démontrer l'impuissance d'une thérapeutique conservatrice et c'est ce que ne font pas, je l'avoue, les partisans des opérations par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

Si la muqueuse utérine, primitivement infectée, est la source de tout le mal que nous constatons dans le petit bassin, essayons de la guérir par les moyens multiples qne nous savons faire réussir quand elle est seule atteinte. Si nous obtenons ce résultat, les lésions péri-utérines finiront par s'éteindre peu à peu, tout comme si on avait enlevé la matrice et la femme sera débarrassée de ses souffrances. Sans doute, disent les chirurgiens quand même, on peut espérer parfois ce résultat, mais dans des cas légers, récents, et le plus souvent même la guérison ne sera qu'apparente, temporaire. L'expérience apprend que des récidives surviennent facilement. Et puis la femme restera quand même stérile, car les altérations des parois tubaires, les déviations de l'oviducte, les déformations de son canal, les adhérences qui fixent l'ovaire dans des positions anormales, tout cela persistera et mettra obstacle à la fécondation.

Ce sont là, à mon avis et c'est l'opinion de beaucoup d'autres gynécologues, des affirmations qui demandent encore leur confirmation clinique.

« Jusqu'à quel point, dit le Dr *Bétrix* de Genève (1), des annexes malades, des trompes kystiques, peuvent-elles être guéries par un traitement conservateur et récupérer dans la suite l'intégrité de leurs fonctions normales ; en un mot, sont-ils devenus inutiles, ainsi que le prétendent nombre de chirurgiens, ou sont-ils, après guérison, encore aptes à la fécondation ? Tel est le point important dans la question qui nous occupe. J'estime que c'est la clinique qui devra nous renseigner sur ces points encore obscurs, et tout fait nouveau doit être étudié sans parti pris. »

(1) Bétrix. Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire. *Nouvelles Archives de gynécologie et d'obstétrique*. Juin 1894.

Chéron et *Batuaud* dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, *Doléris* et ses collaborateurs dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* ont démontré, avec de nombreux faits à l'appui, les heureux résultats qu'on peut obtenir d'un traitement conservateur bien ordonné, et patiemment suivi dans les inflammations péri-utérines d'origine puerpérale ou blennorrhagique.

Ils ont prouvé la possibilité d'une guérison complète, fonctionnelle, des annexes de l'utérus et ils ont établi que cette guérison devrait être la règle si la thérapeutique était conduite avec rigueur et ténacité.

Mundé, à l'Académie de médecine de New-York en 1893, a déclaré qu'il avait opéré des malades qu'avec un peu de patience et de persévérance il eut pu guérir sans intervention opératoire. Il conseille de s'adresser de préférence aux méthodes conservatrices du traitement, réservant les opérations pour des cas tout à fait exceptionnels.

Moi-même, par une pratique de plus de dix ans, j'ai acquis la conviction que les inflammations péri-utérines cédaient le plus souvent à une thérapeutique conservatrice indirecte, telle qu'elle a été exposée avec un grand talent par *Doléris* et *Chéron* notamment, et que les cas où on devait en arriver à la suppression des trompes et des ovaires ou de l'utérus, constituaient certainement l'exception.

Ce n'est pas seulement la disparition des exsudats et des tumeurs inflammatoires pelviennes avec les douleurs qui les accompagnent que j'ai observée, mais le rétablissement fonctionnel complet des organes génitaux jusques et y compris la fécondation et l'accouchement à terme.

A la suite de *Muray* (1), de *Bétrix* (2), je m'empresse de faire connaître les faits probants qui vont suivre et que j'ai puisés uniquement dans ma clientèle privée, à l'exception des deux derniers.

(1) Muray. *Revue Médico-chirurgicale des maladies des femmes*. Avril et juin 1894.
(2) Bétrix. *Nouvelles Archives d'Obstétrique* de juin 1894.

Je suis persuadé qu'une quantité de gynécologues et de médecins se rappelleront des observations analogues.

Il serait à désirer que chacun publiât les faits qui sont à sa connaissance et qui établissent le rétablissement fonctionnel complet des organes pelviens frappés d'inflammations plus ou moins intenses. On arriverait vite, je le crois, à établir un bilan qui s'opposerait avantageusement à celui des ablations annexielles abdominales ou des hystérectomies vaginales.

Ire Observation.

Mme F..., 37 ans, trois enfants à terme, accouchements faciles, une fausse couche de 3 mois en 1888, à la suite de laquelle éclata une fièvre intense qui dura plus de quinze jours, douleurs vives dans le bas-ventre, particulièrement à gauche ; puis leucorrhée intense et enfin pertes menstruelles fréquentes et profuses.

En janvier 1889, je vis la malade pour la première fois. Elle était très affaiblie et souffrait beaucoup, surtout aux approches des époques menstruelles. Utérus reporté derrière la symphise pubienne, augmenté de volume, douloureux à la pression et complètement immobilisé. Large ectropion du col, érosion catarrhale ; en arrière de la matrice et sur les côtés, particulièrement à gauche, abondant exsudat pelvien, remplissant toute la concavité du sacrum, bosselé, à sa surface, dur par places, plus mou en certains points et très douloureux à la pression. Miction fréquente et difficile. Je recommande le repos au lit, bains de siège journaliers et chauds, irrigations vaginales chaudes, abondantes et antiseptiques, suppositoires vaginaux iodurés, enveloppements humides du bas-ventre, laxatifs et toniques à l'intérieur. Environ huit jours après ce premier examen, la femme, à la suite de violentes douleurs dans le bas-ventre évacue dans ses selles une assez grande quantité de pus et se trouve très soulagée.

L'état général s'améliore. — Curettage qui met fin aux hémorragies menstruelles profuses et atténue considérablement la leucorrhée. L'exsudat pelvien se durcit mais reste stationnaire pendant plus de trois mois. A ce moment se produit une exacerbation à la suite d'une période menstruelle, avec léger état fébrile, douleurs plus intenses et, nouvelle évacuation de pus par les selles. Puis l'exsudat commence à se résorber d'abord lentement, ensuite avec

une certaine rapidité. Le traitement est continué avec une grande persévérance de la part de la patiente et à la fin de novembre 1889, je notais la situation suivante : Etat général excellent, règles régulières, peu abondantes, indolores, plus de leucorrhée, douleurs très modérées à gauche et seulement après grande fatigue. Utérus revenu à peu près au centre du bassin, légèrement incliné à droite et en avant ; plus de traces d'exsudat en arrière et à droite ; à gauche léger épaississement au-dessus de la voûte vaginale à côté de la matrice, ovaire gauche un peu prolabé en arrière, modérément augmenté de volume et encore douloureux à la pression. La femme a continué encore les injections vaginales chaudes, parfois des bains de siège et des tampons glycérinés. En janvier 1890, elle se considérait comme complètement guérie et ne suivait plus aucun traitement. En décembre 1892, elle est devenue enceinte et a accouché à terme en octobre 1893. Observation publiée dans les *Annales* en février 1894.

IIe Observation.

E..., 27 ans, 1 enfant, 1 fausse couche de 3 mois négligée. Soignée pour la première fois en 1890, plusieurs mois après sa fausse couche.

Grande nervosité, attaques fréquentes d'hystérie, douleurs continuelles dans les deux côtés du bas-ventre et dans les reins, menstruation régulière, mais profuse, leucorrhée intense. Matrice en antéversion légèrement augmentée de volume, très sensible au toucher combiné au palper abdominal, presque immobile, col déchiqueté largement ouvert. Sur les côtés de la matrice tuméfactions volumineuses, assez diffuse à droite et très douloureuse, plus petite, plus arrondie et nettement rénitente à gauche. Ces deux tuméfactions se rejoignent presque en arrière de la matrice dans l'espace de Douglas. La patiente refuse le curettage. Vésicatoires sur les côtés du bas-ventre. Iodure de fer et extrait fluide d'hydrastis canadensis à l'intérieur. Bains de siège, irrigations vaginales chaudes et antiseptiques, tampons glycéro-iodurés contre le col, badigeonnages fréquents de la portion vaginale et des voûtes vaginales à la teinture d'iode, etc. Au bout de 3 mois de traitement il y a une grande amélioration locale, la tuméfaction de gauche est devenue beaucoup plus petite, celle de droite diminue notablement et devient plus circonscrite ; moins de douleurs, presque plus de leu-

corrhée, pertes menstruelles diminuées. L'état général est toujours très nerveux. Je fais faire des bains de siège additionnés d'eaux mères de Kreuznach et la patiente commence un traitement hydrothérapique qu'elle continue régulièrement pendant quelque temps. Ce traitement améliore beaucoup l'état général et calme l'irritabilité nerveuse. A la fin de 1890 les règles cessent brusquement. Il se produit en même temps un fort ballonnement du ventre et la femme se plaint de douleurs continues et beaucoup plus vives dans le bas-ventre, leucorrhée très forte, nausées, vomissements. On sent encore de l'induration à droite, à gauche un peu de sensibilité à la pression, mais plus de tumeur. Bientôt les signes de grossesse s'accentuent ; plusieurs fois il y a des menaces de fausse couche heureusement rapidement conjurées. La patiente accouche à terme d'un bel enfant bien vivant. Suites de couches excellentes. Depuis lors la patiente se porte bien, elle ne ressent plus aucune douleur dans le bas-ventre et le fonctionnement de la matrice est des plus satisfaisants.

IIIe Observation.

Mme Th..., des environs de Liège, a eu trois enfants et une fausse couche. Celle-ci a donné lieu à des accidents graves, caractérisés par le médecin traitant par le nom de *péritonite*, et qui ont mis les jours de la patiente en danger. Quand je la vois pour la première fois en 1890, c'est-à-dire environ 8 mois après la fausse couche, la malade souffre constamment dans les deux côtés du bas-ventre et dans les reins. Les règles sont régulières, mais abondantes et très douloureuses. Il y a une leucorrhée assez forte et continuelle. Les voies digestives sont en mauvais état et la nervosité excessive. La patiente me dit qu'à deux reprises différentes et à la suite de violentes douleurs dans le bas-ventre, elle a évacué une assez grande quantité de pus par les selles, et que ce pus avait une odeur très repoussante. La dernière évacuation aurait eu lieu un mois auparavant et depuis lors l'état local paraît s'être amélioré. L'examen me fait reconnaître que la matrice est en rétroflexion et complètement entourée d'un exsudat, abondant, dur, qui se répand sur les deux côtés jusque sur les parties latérales de la vessie. Cet exsudat est très douloureux à la pression. Il existe une large érosion de la portion vaginale d'où s'écoule un muco-pus épais, visqueux. L'intro-

duction de la sonde utérine est très douloureuse et la muqueuse utérine saigne facilement.

Je recommande beaucoup de repos, bains de siège journaliers additionnés d'eaux mères de Kreuznach, avec irrigation vaginale pendant toute la durée du bain, injections chaudes et antiseptiques, tampons glycéro-iodurés contre le col, badigeonnages de celui-ci à la teinture d'iode pure, ainsi que des culs-de-sac du vagin, deux fois par semaine, affusions froides et stimulantes sur le corps et toniques à l'intérieur.

Au bout de six semaines la patiente revient manifestement améliorée. Les douleurs sont moins intenses et moins continuelles, l'exsudat se résorbe d'une façon très sensible et le corps utérin se limite maintenant manifestement. L'introduction de la sonde dans la matrice provoque peu de souffrance et ne fait plus saigner la muqueuse. L'état général se ressent considérablement de l'amélioration locale.

Le traitement commencé est continué. Seulement on introduira dorénavant la teinture d'iode deux fois par semaine dans la matrice au lieu de se borner à toucher le col et les culs-de-sac du vagin. Iodure de fer à l'intérieur.

Pendant trois mois encore la patiente suit exactement le traitement commencé et à la fin du mois de juillet, sur mon conseil, elle se rend aux bords de la mer, où elle fait un séjour de six semaines. Quand je la revois fin septembre, elle ne souffre presque plus. Les règles sont d'abondance moyenne et il n'y a plus de leucorrhée. La matrice est toujours en rétroflexion, légèrement fixée ; de l'exsudat si abondant au début, on ne constate plus que quelques brides qu'on pourrait presque rompre avec les doigts. Les ovaires sont légèrement prolabés, à peine augmentés de volume et encore un peu sensibles au toucher.

La patiente continue les bains de siège à l'eau ordinaire et chaude, des injections vaginales chaudes astringentes et de temps en temps applique un tampon glycériné contre le col.

En octobre et en décembre, les règles ne viennent pas. En janvier, quand je revois la patiente qui souffre par moments dans les côtés du ventre, je constate une augmentation notable du corps utérin qui est toujours en rétroversion, mou et élastique. Le col est ramolli, le vagin chaud et la vulve déjà très bleuâtre. Il existe des phénomènes sympathiques manifestes du côté de l'estomac, des

seins et du système nerveux ; envies fréquentes d'uriner et constipation assez forte.

Peu à peu la matrice s'est libérée des dernières adhérences qui la maintenaient fixée en arrière, les douleurs ont disparu et la patiente a accouché à terme d'un enfant vivant qui s'est présenté transversalement, ce qui a nécessité une version podalique. Vers le quinzième jour des suites de couches normales jusque-là, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et elle a reperdu du sang en quantité notable. Il y avait alors une rétroversion utérine avec involution incomplète de l'organe. La réduction a pu se faire facilement et j'ai appliqué un pessaire de Hodge que la patiente a dû porter pendant un mois. Après ce temps j'ai pu le supprimer définitivement et la matrice a conservé sa position normale d'antéversion.

IVe Observation.

Mme D..., des environs de Verviers, a eu deux enfants et une fausse couche de 3 mois, suivie d'accidents péritonitiques très graves. Quand je la vois en 1890, elle est malade depuis lors, c'est-à-dire depuis environ 6 mois, et doit presque constamment tenir le lit, tant elle souffre dans le bas-ventre et tant sa faiblesse est grande. Les douleurs sont surtout localisées à gauche du bas-ventre, les règles sont très irrégulières et le plus souvent abondantes ; la leucorrhée épaisse, jaunâtre et modérée. Il existe des envies continuelles d'uriner et des pressions fréquentes vers l'anus. On ne peut pas me renseigner sur la présence de pus dans les selles à un moment donné. Le thermomètre marque une température de 38°4 et le médecin traitant me dit qu'il y a souvent un peu d'élévation de la température vespérale, avec agitation et transpiration assez forte. On sent au-dessus du ligament de Poupart gauche un plastron abdominal dur et douloureux qui remonte à trois travers de doigts au-dessus de l'aine et qui est très douloureux. Au toucher le col utérin est reporté derrière la symphyse pubienne et à travers le cul-de-sac postérieur, on sent un vaste exsudat pelvien, remplissant toute la moitié gauche du bassin, empiétant assez bien sur la partie droite, dur et légèrement bosselé à sa surface et englobant complètement le corps utérin. Cet exsudat est très douloureux à la pression.

Nous décidons de condamner la malade au repos dans le décubitus dorsal, d'appliquer de l'onguent mercuriel belladoné sur le bas-

ventre et, en permanence, un développement humide au liquide de Burow, de faire trois fois par jour des irrigations vaginales chaudes et antiseptiques de 4 à 5 litres de liquide et d'appliquer contre le col un tampon imbibé de glycérine boratée saupoudré d'iodoforme. On devait commencer à donner des bains de siège chauds, dès que la patiente serait en état de les supporter, ainsi que faire des badigeonnages du col et des culs-de-sac et des applications intra-utérines de teinture d'iode pure ou mitigée.

L'amélioration fut assez lente à se produire. La patiente, il est vrai, manquait un peu de docilité et avait hâte d'en finir avec un traitement qui l'ennuyait visiblement. Je ne la revis que six mois environ après mon premier examen. Elle continuait à ressentir des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, mais celles-ci étaient tolérables et ne l'empêchaient pas de se lever, de marcher. La voiture seule les augmentait beaucoup. Les règles étaient redevenues régulières et d'abondance moyenne, la leucorrhée était beaucoup diminuée. Les envies d'uriner étaient toujours fréquentes, la constipation persistait. L'état général, sans être bien brillant, était cependant meilleur. La digestion laissait encore à désirer et la nervosité était toujours très grande.

A l'examen, on sentait une diminution notable de l'exsudat pelvien qui laissait maintenant bien délimiter le corps utérin toujours en rétroversion. L'exsudat était surtout très appréciable à gauche et formait là une masse diffuse, accolée au bord de la matrice et d'une sensibilité très marquée. J'engageai beaucoup la patiente à continuer le traitement, en lui laissant entrevoir la nécessité future d'une opération si elle se négligeait.

Je n'en eus plus de nouvelles qu'au commencement de 1891, vers la fin du mois de février. Elle m'écrivit alors pour m'apprendre que les règles avaient cessé depuis le 20 décembre, qu'elle ressentait d'assez fortes douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, qu'elle avait des nausées fréquentes et parfois des vomissements et que les seins étaient devenus durs et très sensibles. Je ne pus aller la voir que dans le courant du mois de mars. L'examen donnait les plus grandes probabilités d'une grossesse. La matrice était toujours en rétroversion et il existait encore à gauche des traces très évidentes de l'exsudat pelvien si abondant l'année précédente. Depuis trois semaines déjà, sur ma recommandation, la patiente prenait les plus grandes précautions et se reposait une bonne partie de la journée.

Bientôt après ma visite, la malade m'écrivit qu'elle ressentait les mouvements de l'enfant et qu'elle souffrait beaucoup moins, surtout du côté de la vessie. Au commencement d'octobre, elle me faisait savoir qu'elle était accouchée d'une façon normale d'un garçon très fort.

Dans ce cas-ci aussi, je fus obligé de faire porter un pessaire de Hodge pour combattre une rétroversion qui s'était reproduite après l'accouchement.

Cette patiente, demeurée bien portante depuis 1891, est encore enceinte actuellement d'environ trois mois.

Ve Observation.

Mme D..., 31 ans, mère de trois enfants, a fait une fausse couche en 1877 — environ 2 ans après son dernier enfant. Cette fausse couche, d'un peu plus de deux mois, n'a pas eu d'accidents immédiats. Mais peu à peu les règles sont devenues plus abondantes et plus fréquentes — puis il y a eu une leucorrhée assez forte et continuelle. Enfin des douleurs sourdes d'abord, mais bientôt intenses et continuelles sont apparues dans le bas-ventre, dans les reins et particulièrement du côté droit. — En même temps envies fréquentes d'uriner — perte d'appétit, digestions difficiles et laborieuses — constipation — altération du caractère qui est devenu sombre et triste. Au commencement de 1890, quand je vois la malade pour la première fois, aucun traitement n'a encore été institué.

Je trouve la matrice en rétroversion fixée, entourée d'un exsudat pelvien modéré et sur le côté droit de l'organe une tuméfaction de la grosseur d'une orange assez bien arrondie, accolée à la matrice et immobilisée comme elle dans le petit bassin. La consistance en est plutôt dure. Le col utérin est le siège d'une forte érosion catarrhale, et de l'orifice externe s'écoule un mucus épais, jaunâtre, venant de l'intérieur de la matrice.

J'institue le traitement ordinaire, en parlant pourtant de l'éventualité probable d'une opération.

De quinze jours en quinze jours la patiente vint me revoir et au bout de trois mois environ une amélioration notable s'était produite aussi bien dans l'état général que dans l'état local. La tuméfaction avait notablement diminué et était beaucoup moins sensible au toucher. Seule la leucorrhée utérine persistait et les hémorragies menstruelles, quoique plus régulières, étaient toujours intenses. Le curettage utérin fut proposé alors et exécuté vers le mois

de juin. A partir de ce moment l'amélioration fut encore plus sensible et à la fin du mois de septembre on ne sentait plus au toucher qu'une rétroversion toujours fixée, mais presque plus de traces de la tuméfaction qui occupait la partie droite du petit bassin. La patiente ne souffrait presque plus. Les voies digestives fonctionnaient régulièrement. Les règles étaient d'abondance moyenne et la leucorrhée avait disparu.

Je ne revis la malade qu'en avril 1892. Elle venait m'annoncer que les règles avaient cessé depuis février et voulait savoir si elle était enceinte. Elle ne souffrait que d'un peu de fatigue dans les reins et d'envies fréquentes d'uriner quand elle était debout. La matrice toujours en rétroversion était déjà très augmentée de volume, ramollie et élastique ; le pourtour de l'orifice vulvaire présentait une coloration bleuâtre, avec ectasie veineuse très caractéristique. Ces probabilités de grossesse se changèrent bientôt en certitude et la malade accoucha à terme d'un enfant mort qui vint au monde sans difficultés. Les suites de couches ont été heureuses. Pendant plus de six mois la matrice se maintint dans une position normale d'antéversion. Puis survinrent de nouveau des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et une grande nervosité. La rétroversion s'était reproduite. Je fis alors la réduction de l'organe et appliquai un pessaire de Hodge que la patiente doit encore porter actuellement et qui la soulage complètement.

VIe Observation.

Mme A..., 27 ans, a eu un enfant qu'elle a perdu à l'âge de 6 mois et a fait ensuite une fausse couche de 2 mois et demi.

Il est resté dans la matrice, à ce qu'elle me dit, des morceaux de membranes qui se sont putréfiés ; à la suite de cela elle a eu beaucoup de fièvre et a dû rester au lit pendant deux mois. Elle a toujours souffert depuis lors dans tout le bas-ventre et éprouve surtout des envies continuelles et douloureuses d'uriner. Elle doit se relever plus de vingt fois la nuit pour émettre quelques gouttes d'urine qui dégage, depuis environ trois semaines, une mauvaise odeur.

La patiente est malade depuis plus de quatre mois quand je la vois pour la première fois en avril 1892. Elle est amaigrie et a les traits tirés d'une personne qui souffre beaucoup. Pas de fièvre. Les voies digestives sont en mauvais état et il y a fréquemment des

envies de vomir et même des vomissements. La pression sur le bas-ventre, surtout au-dessus du pubis, est très douloureuse et on sent là dans la profondeur une induration diffuse et dure. Au toucher on sent le col utérin au centre du bassin. Tout autour la voûte vaginale est déprimée et on sent une induration qui remplit toute l'excavation pelvienne, mais qui est surtout accusée en avant et sur les côtés. Le corps utérin est perdu dans cette masse d'infiltration. La pression en est très douloureuse et provoque de suite des envies d'uriner. L'introduction de la sonde dans la vessie est fort sensible. On retire une urine ammoniacale, purulente, et quand le réservoir urinaire est vidé complètement et qu'on presse à travers le vagin sur l'exsudat pelvien, surtout à gauche, il s'écoule, par la sonde laissée dans la vessie, un liquide absolument purulent et d'odeur infecte. Il n'y a pas de doute qu'un abcès pelvien s'est ouvert dans la vessie. Il ne semble pas qu'il y ait eu évacuation de pus dans les selles.

Traitement. — Repos — bains de siège journaliers chauds — deux lavages vésicaux journaliers avec une solution d'acide borique à 3 % — deux injections vaginales chaudes antiseptiques — application contre le col d'un tampon à la glycérine ichtyolée 5 % — badigeonnage du col utérin et de la voûte vaginale à la teinture d'iode mélangée à la glycérine — salol à l'intérieur et régime lacté qui est très bien supporté par la malade.

Peu à peu les urines redeviennent plus claires. Cependant les envies d'uriner et les douleurs pendant la miction persistèrent pendant plus de six mois.

Environ un an après le début du traitement on retrouvait encore un peu de pus dans les urines. L'exsudat cependant diminuait peu à peu, quoique lentement. L'état général s'améliorait également. A la fin de 1893, je revis la malade qui n'était plus venue se faire soigner depuis plus de six mois. Ses règles avaient cessé depuis 4 mois déjà. La grossesse était évidente. Elle s'est terminée heureusement à la date normale, et depuis l'accouchement la patiente ne souffre plus du tout et est aussi bien portante qu'avant le début de sa maladie.

VII[e] OBSERVATION.

Mme X. de H. a eu un enfant et une fausse couche. Celle-ci qui, date de deux mois quand je vois la malade pour la première fois en

novembre 1892, a été précédée d'une leucorrhée purulente très abondante, avec envies fréquentes d'uriuer et sensation de brûlure pendant la miction. Il y a eu une forte hémorragie avant l'expulsion de l'œuf qui est sorti par morceaux. Au sixième jour a éclaté une fièvre intense avec douleurs très vives dans tout le bas-ventre, mais particulièrement à gauche. Pendant dix jours la patiente a été très malade. Elle a été fortement soulagée à la suite d'une forte diarrhée. On n'a pu examiner les selles, de sorte que je ne puis savoir si elles contenaient du pus. Bientôt après la malade a pu se lever, mais elle souffre cependant constamment dans le côté droit du bas-ventre, surtout quand elle reste un peu debout. Elle a une leucorrhée très forte, mais plus de douleurs pendant la miction. Les selles sont faciles, l'appétit nul et les digestions laborieuses. Il existe du boursouflement de la muqueuse du méat urinaire et il sort une gouttelette de pus des glandes péri-uréthrales. La matrice est en état d'antéversion avec inclinaison du corps utérin vers la gauche. Elle est augmentée de volume, presque immobilisée et très sensible au palper combiné. La partie droite du petit bassin est remplie par un exsudat pelvien qui revient en avant jusque près de la vessie et s'étend en arrière dans l'espace de Douglas jusqu'à la ligne médiane. Cet exsudat est dur, immobilisé, très sensible au toucher. Le col est le siège d'une érosion catarrhale saignant très facilement et il s'en écoule un muco-pus assez épais, mais pas très adhérent à la paroi.

Le traitement consiste dans le repos autant que possible, bains de siège chauds journaliers, injections journalières chaudes additionnées de sublimé, puis, au bout de quelque temps, d'acide phénique, tampons glycéro-ichtyolés contre le col, stomachique à l'intérieur, puis, après quelque temps, iodure de fer. Ce traitement, avec quelques variantes, a été suivi par la patiente avec la plus grande persévérance pendant plus de six mois. En mai 1893 une amélioration considérable s'était produite dans l'état de la malade. La leucorrhée avait disparu, les règles étaient régulières et d'abondance moyenne. Presque plus de douleurs, si ce n'est de temps en temps un petit tiraillement à gauche, dans la marche ou la station debout. L'exsudat est pour ainsi dire complètement résorbé. Il reste encore un peu d'épaississement en arrière et sur les côtés de la matrice, mais très haut. Il faut une pression profonde pour réveiller un peu de douleur.

A la fin octobre la patiente m'écrivit qu'elle se croyait enceinte. Je lui fis toute une série de recommandations dans le but d'éviter une fausse couche.

Au mois de février 1894 elle vint me revoir. Elle était très bien, n'éprouvait plus aucune douleur, et craignait seulement un peu pour le moment de l'accouchement. Celui-ci s'est produit en avril. Il a été facile et les suites de couches très heureuses. Actuellement encore la patiente se porte très bien et ne ressent plus aucun des symptômes de son affection antérieure.

VIIIe Observation.

Mme D..., de Liége, a fait une fausse couche en voyage de noces. Elle a déjà eu à cette époque des accidents graves de péritonite, mais dont elle dit avoir été complètement guérie.

Quand je suis appelé à la soigner en février 1892, elle est au lit, souffrant beaucoup de tout le bas-ventre, et en proie à une fièvre intense. Le thermomètre marque 40° C. J'apprends que la patiente a fait une fausse couche de trois mois environ, 10 jours auparavant, qu'elle a perdu assez bien de sang au début. Les hémorrhagies ont cessé complètement depuis plusieurs jours ainsi que la mauvaise odeur des sécrétions qui sont maintenant presque nulles. La fièvre et les douleurs ont débuté le quatrième jour après l'accident.

Le pouls est petit et bat 136 fois à la minute. La langue est sèche, le ventre modérément ballonné et assez douloureux partout, mais surtout dans le bas. Envies de vomir, constipation. Au toucher on sent la matrice refoulée en avant derrière la symphyse pubienne et immédiatement en arrière et sur les côtés un vaste exsudat pelvien, très douloureux, complètement immobilisé, dur par places, plus mou en d'autres. L'exsudat se sent à travers la paroi abdominale surtout à gauche. La patiente me dit qu'elle a surtout souffert de ce côté après sa première fausse couche. Traitement classique de ce genre d'affections. La fièvre oscille entre 38°5 et 39°4 pendant une huitaine de jours. L'exsudat se ramollissait visiblement à gauche et je pensais pouvoir évacuer du pus par le vagin, à un moment déjà fixé, quand, à une de mes visites du matin, on me montra une selle complètement remplie d'un liquide puriforme à odeur infecte. La patiente se sentait très soulagée et ce jour-là la température était revenue à la normale. Pendant une quinzaine de jours encore

il y eut des exacerbations vespérales de la température jusque 38°C, et toujours un peu de pus dans chaque selle. Puis la fièvre cessa complètement pour ne plus réapparaître. Je continuai toujours le traitement déjà mentionné dans les observations précédentes et vers le mois d'août j'envoyai la malade à la campagne où elle acheva de se guérir. Je la revis vers le 14 octobre. Elle avait toutes les apparences d'une bonne santé, ne souffrait plus, avait des règles modérées et régulières et plus de leucorrhée si ce n'est après les règles et pendant 2 ou 3 jours seulement. La matrice avait repris sa position normale au centre du bassin. On sentait seulement un léger épaississement à gauche de l'organe, mais il n'y avait même plus de douleur à la pression.

A la fin de décembre la patiente m'apprend que les règles sont en retard de plus de quinze jours. Comme elle désirait voyager, je l'engage beaucoup à n'en rien faire et à prendre les plus grandes précautions pour éviter une fausse couche dans le cas où il y aurait grossesse.

Celle-ci s'affirma de plus en plus dans la suite et ne s'accompagna que de malaises ordinaires et non exagérés.

L'accouchement s'est fait au 15 août. Il a été terminé par une application de forceps que mon assistant, M. le Dr *Petit*, a pratiquée à cause d'un volume un peu fort de la tête de l'enfant. Il y a eu une légère déchirure du périnée, suturée immédiatement du reste, et dont la malade a été complètement guérie. Pendant les suites de couches il y a eu une fièvre très légère et passagère due à un peu d'infection de la plaie périnéale. Il a suffi d'enlever de ce côté un point de suture et d'évacuer quelques gouttes de pus pour faire cesser ces accidents.

IXe OBSERVATION.

Mme B..., de Liége, vue en consultation avec M. le Dr *Petit* quelque temps après son premier accouchement. Celui-ci avait été très laborieux. Présentation du siège, extraction difficile. Néanmoins les suites de couches immédiates avaient été aussi bonnes que possible. Le 9e jour la patiente se levait et cessait tout soin antiseptique, en même temps qu'elle reprenait ses occupations, malgré l'avis du médecin. Au bout de quelques jours apparaissent des douleurs assez vives dans le bas-ventre et particulièrement au côté gauche, léger état fébrile. Quand je vois la malade, la matrice est toujours

assez volumineuse, molle, légèrement inclinée à droite et en antéversion. Sur le côté gauche de la matrice et en arrière s'est développé un exsudat assez dur, d'un volume moyen, immobilisé et très sensible au toucher. L'écoulement lochial est encore un peu sanguinolent, modéré et sans odeur de décomposition. Au bout de cinq mois d'un traitement approprié, poursuivi sans interruption et avec persévérance, la patiente pouvait être considérée comme guérie. Je la revis à ce moment. Elle avait un état général en apparence excellent, ne souffrait pas, les règles étaient régulières, d'abondance moyenne, leucorrhée nulle, et on ne sentait presque plus de traces de l'exsudat qui s'était développé pendant les couches.

Cinq mois après, c'est-à-dire environ 11 mois après le premier accouchement, la patiente devenait enceinte. La grossesse ne présenta rien d'anormal. L'accouchement fut relativement facile, quoique l'enfant se présentât encore par le siège et les suites de couches cette fois furent excellentes.

Xe Observation.

Mme F...., de Liége, 32 ans, 2 enfants et 1 fausse couche au commencement du mois de janvier 1893. Cette fausse couche de 2 mois et demi a été négligée au début et au bout de quelques jours, la patiente a été prise de frissons répétés, fièvre intense, douleurs très fortes dans le bas-ventre et particulièrement dans les deux côtés. L'écoulement lochial avait une odeur des plus désagréables et avait été sanguinolent pendant plus de quinze jours. Quand je vis la malade, environ un mois après son accident, elle était alitée, souffrait beaucoup dans tout le bas-ventre et dans les reins, avait des envies continuelles d'uriner et d'assez grandes difficultés d'aller à la selle. Elle continuait à perdre un liquide sanguinolent assez abondant. La température était le soir de 38°9, la langue saburrale et l'appétit nul. Le ventre était fortement ballonné et la pression dans la région hypogastrique très douloureuse. Au toucher, on constatait que la matrice était refoulée en avant derrière la symphyse pubienne par un exsudat pelvien très volumineux qui remplissait le reste de l'excavation, qui était dur et fort douloureux à la pression, même modérée. Jamais on n'avait constaté de pus ni dans les selles, ni dans les urines, qui étaient simplement très rouges et très

chargées d'urates. Jusque-là le traitement avait été assez sommaire et surtout symptomatique contre l'élément douleur.

A partir du commencement de février, on commença le traitement général et local ordinaire, avec adjonction de vésicatoires sur les côtés du bas-ventre et de suppositoires Chaumel à la glycérine ichtyolée. Environ quinze jours après, la fièvre avait disparu et comme l'écoulement restait encore sanguinolent, je pratiquai un curettage soigné de la cavité utérine qui ramena une quantité de fongosités et débris de tissus ramollis, renfermant encore des fragments des membranes ovülaires.

Ce curettage fut suivi d'une légère exacerbation des douleurs et de la température, qui dura quatre ou cinq jours. Puis l'amélioration commença à se marquer et marcha bientôt à grands pas. Au commencement du mois d'avril, la patiente était en état non seulement de circuler, mais de reprendre complètement ses occupations.

La matrice était revenue à peu près au centre du bassin, et on sentait encore en arrière, du côté de l'espace de Douglas, un reste encore un peu dur du volumineux exsudat qui avait rempli presque tout le petit bassin. Les règles étaient d'abondance moyenne — plus de leucorrhée — les douleurs étaient presque nulles.

En septembre 1893, le mari m'apprit que les règles avaient cessé depuis la fin du mois de juillet, mais que l'état général de sa femme était excellent et qu'elle ne souffrait plus du tout. Je ne revis la malade que dans le courant du mois de novembre. Il n'y avait plus de doute à avoir sur son état de grossesse. Celle-ci se poursuivit sans encombre jusqu'à terme. Dans les premiers jours de mai 1894, la patiente mettait au monde très facilement un gros enfant. Les suites de couches furent des plus heureuses et actuellement la santé se maintient excellente.

XI[e] et XII[e] Observations.

A ces dix observations recueillies dans ma clientèle privée, j'en ajouterai deux tirées de ma pratique hospitalière et qui sont également des plus intéressantes. Il s'agit de deux sœurs, les nommées M.... L..., âgée actuellement de 31 ans et C... L..., âgée de 29 ans. Toutes deux vinrent me consulter à peu près à la même époque, c'est-à-dire vers la fin de 1889. Elles avaient fait une ou plusieurs fausses couches et souffraient depuis lors de douleurs vives dans le

bas-ventre et dans les reins. Chez l'une et chez l'autre il existait une double salpingo-ovarite avec exsudat péritonéal très abondant et dur. Elles firent à tour de rôle un séjour d'une quinzaine de jours dans le service de gynécologie et je leur pratiquai le curettage de la matrice. Cela mit fin aux irrégularités menstruelles, mais n'eut qu'une influence très modérée surles douleurs. Ces femmes faisaient chez elles des injections vaginales chaudes et astringentes. Elles ne pouvaient pas prendre de bains de siège. Elles vinrent, une fois ou deux la semaine, se faire soigner à la policlinique et le reste du temps elles devaient travailler à des travaux durs et fatigants, ce qui n'était pas évidemment ce qu'il aurait fallu pour leur guérison. Plusieurs fois je leur proposai de rentrer dans mon service, fatigué d'entendre leurs plaintes et décidé à pratiquer l'extirpation des annexes pour en finir. Mais toujours elles trouvaient des raisons pour refuser.

En février 1893, l'aînée, qui nous avait quitté depuis quelque temps, revint à la consultation. Les règles avaient cessé depuis deux mois. La matrice était augmentée de volume, rénitente et élastique. Je l'engageai à se représenter toutes les semaines pour surveiller cette grossesse commençante. Aucun accident ne survint et la patiente accoucha à terme, en août 1893. Suites de couches excellentes.

La seconde a eu le même sort. Elle est actuellement enceinte de cinq mois et tout fait présager qu'elle ira jusqu'au terme normal.

Cet article était sous presse, quand a paru dans *la Semaine Médicale* du 24 octobre dernier, le résumé d'une communication sur le même sujet, faite au Congrès de Chirurgie de Lyon, par M. le Dr *Goullioud*. L'auteur a relaté 14 observations de grossesses chez des malades opérées pour des salpingo-ovarites, soit par M. *Laroyenne*, soit par lui-même. 11 de ces malades avaient subi le débridement vaginal d'une collection pelvienne ; chez 3 autres opérées, on avait fait l'ablation unilatérale des annexes, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

Goullioud admet que la condition probable de la persistance de la fécondité est l'unilatéralité primitive de l'occlusion tubaire. Il considère l'observation de *Bétrix*, dont j'ai parlé, comme une ex-

ception demandant confirmation par d'autres faits. Je ne doute nullement, pour ma part, que cette confirmation ne soit faite un jour ou l'autre. En admettant même que, dans tous les cas que j'ai relatés, les lésions aient été unilatérales, je crois qu'il était impossible, dans le plus grand nombre, de reconnaître cette unilatéralité. En tout cas l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin et l'ouverture de Douglas, préalable à l'hystérectomie, n'eût pas même permis, le plus souvent, d'éclaircir le diagnostic sur ce point. Seule la cœliotomie eût fait reconnaître l'intégrité anatomique des annexes d'un côté et empêché, par conséquent, leur inutile enlèvement.

Comme *Goullioud*, j'ai constaté que l'influence de ces périmétrites sur la grossesse était généralement nulle. A part une seule de mes patientes (Observation Ire), qui a eu un placenta prævia central avec fœtus gigantesque et qui a succombé immédiatement après l'accouchement, à une hémorrhagie par inertie utérine, toutes les autres ont eu une gestation normale, sans accidents particuliers, un accouchement le plus souvent facile et des suites de couches heureuses. Comme je l'ai démontré dans les articles antérieurs sur la *grossesse après l'hystéropexie abdominale*, et comme le reconnaît *Goullioud*, le ramollissement normal des tissus utérins et péri-utérins pendant la grossesse, l'ampliation progressive de la matrice et la distension des ligaments, amènent peu à peu la déchirure des adhérences, des brides, et des cicatrices pelviennes, et ainsi disparaissent les derniers vestiges de l'affection primitive. Aucune de mes malades n'a ressenti, après son accouchement, les symptômes et les malaises qu'elle éprouvait pendant son affection péri-utérine. Je dirai même que la plupart sont mieux guéries depuis qu'elles sont accouchées, qu'avant de devenir enceintes. Les faits sont donc en contradiction avec les craintes signalées par certains auteurs, qui redoutaient surtout des infections pendant les suites de couches et une aggravation de l'affection salpingo-ovarique après la délivrance. J'entends parler des cas où le pus, quand il y en avait, a pu être évacué soit spontanément, soit par le secours du chirurgien.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

DÉCIDUOME MALIN.

MM. Hartmann et Toupet présentent les coupes histologiques de l'utérus d'une femme qui était entrée à l'hôpital Bichat. Après un avortement de trois mois, la malade fut prise d'hémorrhagies abondantes et répétées ; on pensa à une rétention du placenta et on pratiqua un curettage de la cavité utérine. Les hémorrhagies persistèrent aussi abondantes qu'avant le curettage ; comme ce dernier avait ramené des végétations assez volumineuses, M. Hartmann pensa qu'il s'agissait d'un déciduome et se proposa de faire l'hystérectomie vaginale : une métrorrhagie foudroyante emporta la malade avant l'intervention. L'utérus présente à la coupe des noyaux disséminés, variables de volume, situés sous la muqueuse et y formant des végétations, situées aussi dans le muscle utérin et sous le péritoine. La coupe de la végétation donne assez bien l'aspect de la villosité placentaire, c'est-à-dire que l'on voit un vaisseau central entouré d'éléments embryonnaires ; mais autour, et plus ou moins épaisse, suivant les végétations, se trouve une couche de protoplasma avec de nombreux noyaux irréguliers. On peut se demander si cette tumeur a évolué aux dépens de la caduque ou de la muqueuse utérine elle-même. Cette tumeur est désignée en Allemagne sous le nom de sarcome des villosités placentaires.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA RÉTROFLEXION.

M. Chaput rappelle les différents inconvénients de l'hystéropexie par voie abdominale (difficulté de l'évolution utérine pendant la grossesse, tiraillements, brides péritonéales, etc.). Les interventions par la voie vaginale sont difficiles à parfaire : il est plus facile de fixer l'utérus de la façon suivante. Après laparotomie sur la ligne médiane, on amène l'utérus en haut ; on fait

une incision du péritoine de la face antérieure, dans le sens horizontal, incision rejoignant les ailerons du ligament large ; on décolle ensuite le péritoine de la face antérieure, on amène le fond de l'utérus à la lèvre inférieure de la boutonnière péritonéale, et on l'y fixe par des points de suture. Il se produit, suivant les cas, et suivant le désir du chirurgien, ou une situation verticale de l'utérus, ou une antéversion, ou une antéflexion. Cette nouvelle situation est maintenue par le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin qui forme un nouveau ligament antérieur très solide. M. Chaput apporte deux cas à l'appui de ce nouveau procédé opératoire.

LAPAROTOMIE POUR EXTRACTION D'UNE LONGUE AIGUILLE DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE.

M. Thiéry a été appelé, il y a deux jours, pour examiner une femme qui avait dans l'abdomen une aiguille à chapeau ; celle-ci fut sentie à travers la paroi, dans le voisinage de l'hypochondre gauche. Comme il n'y avait aucun symptôme (ni douleur, ni vomissements), on ne voulut pas intervenir, d'autant plus qu'on diagnostiqua, dans l'examen de l'abdomen, une grossesse de quatre mois environ. Le soir, on sentit de nouveau l'aiguille, mais, cette fois, sous la peau de la région de la fosse iliaque près de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Après injection sous-cutanée de cocaïne, on incisa la peau, les muscles de l'abdomen, et on trouva la pointe de l'aiguille qui, dirigée en avant, avait son autre extrémité dans la direction du promontoire. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse ; la malade est en voie de guérison et en observation. On a cherché en vain le point d'entrée de l'aiguille, longue de douze centimètres environ.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de novembre.

SYMPHYSÉOTOMIE.

M. Porak donne communication de sa neuvième symphyséotomie, qui complète sa statistique donnée dans la précédente séan-

ce. Il s'agit d'une chiffonnière mesurant 1 m. 80 de taille. Elle a marché tard, a déjà eu deux grossesses terminées, la première par la basiotripsie, la seconde par l'accouchement provoqué avec enfant mort. Cette femme présentait une incurvation nette des membres inférieurs, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 8 cent. 8. Bassin aplati rachitique. L'enfant se présente par le siège. Dans la poche des eaux, volumineuse, se trouvaient le pied et la main gauches. Symphyséotomie d'emblée suivie de l'extraction en raison de la procidence du pied. L'écartement maximum du pubis atteignit 5 cent. 3/4. Une hémorrhagie post-partum inquiétante suivit l'accouchement. L'enfant, une fille vivante, fut, sans raison apparente, prise de contracture et de fièvre, et son poids, qui était à sa naissance de 3,250 gr., tomba à 2,380 grammes. Treize jours après l'opération, la malade se fit emporter par son mari jusqu'à la porte de l'hôpital, puis, de là, s'en fut à pied jusqu'à Saint-Ouen. Deux jours après un élève de service qui était allé prendre de ses nouvelles, apprit qu'elle exerçait son métier de chiffonnière. Quant à l'enfant, il fut grandement amélioré par l'usage des bains froids ; sa mère le nourrit avec du lait coupé d'eau panée et, malgré cela, il augmente de poids. Il pèse au commencement de novembre 2,600 gr.

M. Guéniot a 8 observations personnelles de symphyséotomie et 2 pratiquées par M. Potocki, soit 10 opérations faites à la Maternité en l'espace de 3 ans et 1 mois, du 6 octobre 1892 au 6 novembre 1894. Résultat : sur les 8 cas personnels, 8 femmes guéries, 8 enfants vivants. Dans un des cas de M. Potocki, un enfant est mort avec le cordon sectionné, arraché. Chez une des opérées, il y avait une obliquité du bassin telle qu'on eût dit un bassin oblique ovalaire type, ce qui rendit l'opérateur très perplexe sur le choix de l'intervention. Il procéda quand même à la section du pubis et fut assez heureux pour voir ses craintes ne pas se réaliser. Cette femme, redevenue enceinte, fut opérée la seconde fois par M. Potocki.

M. Budin fait remarquer que, lorsqu'on fait la symphyséotomie, une seule articulation jouant peut donner un agrandissement suffisant pour laisser passer un enfant vivant. C'est ce qui a lieu pour le bassin oblique-ovalaire. On obtient un résultat qui est suffisant. Quand la symphyse est sectionnée, les os étant écartés, leur extrémité libre forme en arrière un angle coupant qui vient

appuyer sur les parois vaginales distendues. Celles-ci se trouvent comprimées entre le pubis et la tête fœtale ou le forceps, et peuvent entamer les tissus. Dans un cas où il fit la symphyséotomie suivie de la version, M. Budin fit remarquer à ses élèves, sur la tête fœtale, deux lignes rouges correspondant exactement aux arêtes coupantes des pubis écartés.

M. Porak. — En compulsant les observations, dans un seul cas où la vessie était déchirée sur la paroi antérieure, on peut invoquer le mécanisme décrit par M. Budin. Dans les autres cas, il semble que la déchirure soit partie du vestibule, pour communiquer dans certains cas latéralement avec la plaie opératoire, dans d'autres cas sur la ligne médiane avec les voies urinaires qui sont alors ouvertes.

M. Maigrier, dans l'unique symphyséotomie qu'il a faite, a eu une déchirure vaginale, produite uniquement suivant le mécanisme invoqué par M. Budin ; la vulve et le vestibule étaient absolument intacts.

M. Labusquière demande à M. Guéniot, qui a une statistique assez forte, si les accidents sont fréquents. Cela est important à savoir au point de vue pratique pour les médecins-praticiens.

M. Guéniot n'a eu qu'une fois des accidents. Il attribue ses succès à sa manière d'opérer. Il ne se sert que d'un bistouri et de ses doigts. Il incise les tissus surtout à la région hypogastrique et ne descend jamais qu'au clitoris. L'incision est faite, de haut en bas et d'avant en arrière par petits coups. Le plus souvent, le forceps est appliqué à l'avance et (M. Guéniot appelle l'attention sur ce point) avant que la dilatation soit complète, en sorte que, lorsqu'il exerce des tractions sur l'instrument, la tête descend coiffée du segment inférieur qui apparaît à la vulve ; l'utérus double ainsi et protège les parties vulvaires et vaginales. Ce serait grâce surtout à cette doublure que M. Guéniot aurait pu avoir 9 observations de symphyséotomie sans lésions vulvaires ou vaginales.

M. Porak désire savoir si M. Guéniot a opéré sur les primipares, car M. Pinard a eu 5 fois des déchirures de la paroi antérieure du vagin et toujours chez des primipares.

M. Guéniot a opéré indifféremment des primipares et des multipares. *(Gaz. méd. de Paris.)*

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Procès-verbal officiel de la séance du 19 novembre 1894.

CANCER PRIMITIF DU CLITORIS (ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX LOBULÉ ; PSEUDO-COCCIDIES).

M. Faguet. Mme L..., âgée de quarante-sept ans, ménagère, entre, le 29 octobre 1894, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Lanelongue, salle des Dames payantes, n° 6.

Les antécédents héréditaires et collatéraux de cette malade sont négatifs ; jamais, à sa connaissance, il n'y a eu de cancéreux dans sa famille.

Personnellement, cette femme a toujours eu une bonne santé. Réglée normalement à seize ans, mariée à vingt-quatre ans, Mme L... a eu cinq grossesses, qui ont évolué sans accidents pathologiques. La seule affection qu'elle ait présentée est un adéno-phlegmon inguinal du côté droit, survenu très probablement à la suite d'une écorchure du pied ; la guérison survint rapidement.

Le début de l'affection actuelle semble remonter à environ sept ou huit ans, époque à laquelle Mme L... éprouva de vives démangeaisons dans la région clitoridienne. Ce prurit, tout d'abord peu intense, augmentait bientôt d'intensité et l'obligeait à se gratter fréquemment. Les démangeaisons devinrent de plus en plus fortes et ne tardèrent pas à prendre une acuité telle, que la malade passait parfois des nuits entières sans sommeil. Il y a huit mois, elle se fit avec l'ongle une petite écorchure sur le clitoris, dont les tissus n'avaient présenté jusqu'alors aucune altération autre que la rougeur provoquée par les frottements répétés en ce point. Cette éraillure ne se cicatrisa pas ; elle fut le point de départ d'une ulcération qui n'a pas cessé de s'étendre.

Au mois d'août dernier, elle se décida à consulter son médecin, qui lui conseilla une intervention chirurgicale.

État actuel (30 octobre 1894) : A l'inspection, on voit au niveau de la commissure supérieure de la vulve une tumeur du volume d'une petite noix, dont le centre, ulcéré et anfractueux, correspond exactement au clitoris et laisse écouler un suintement ichoreux et fétide assez abondant. Sa consistance est dure, surtout à sa base.

Le néoplasme qui s'infiltre au sein des tissus voisins a détruit en totalité le tubercule clitoridien et le capuchon de cet organe. Il a envahi, dans une étendue de deux à trois centimètres de long, l'extrémité supérieure de chacune des grandes et des petites lèvres ; la peau, dans les points non ulcérés, est fixée à la tumeur qui s'engage profondément vers le pubis, mais qui cependant conserve encore un certain degré de mobilité sur le squelette.

L'urètre est sain. Le méat urinaire est séparé de la limite inférieure du néoplasme par un intervalle d'un centimètre et demi environ. Il n'y a aucun trouble dans l'émission des urines, qui sont normales.

Les autres parties de la vulve, le vagin, l'utérus, etc., sont sains.

On sent, dans les régions inguinales, de petits ganglions, à peine appréciables, qui paraissent avoir conservé leurs caractères normaux.

L'état général est excellent : aucune trace de syphilis, de tuberculose ou de diabète.

Opération : M. le professeur Lanelongue porte le diagnostic de cancer du clitoris et procède, le 31 octobre 1894, à une intervention chirurgicale après les précautions antiseptiques habituelles.

Le néoplasme est circonscrit par deux incisions courbes, à concavité interne, et largement enlevé. L'hémorrhagie produite par la section des corps caverneux est peu abondante et s'arrête par la compression maintenue pendant quelques instants et l'application de quelques ligatures au catgut. Sutures au crin de Florence de toute l'étendue de la plaie chirurgicale.

Les suites opératoires ont été excellentes ; réunion par première intention.

Pendant quelques jours, on a pratiqué régulièrement le cathétérisme afin d'éviter l'infection de la plaie.

Les ganglions inguinaux seront attentivement surveillés et enlevés s'il y a lieu.

Examen histologique (1) : Des fragments de la tumeur ont été fixés par l'alcool à 90°, colorés en masse dans le picro-carmin de Ranvier, passés par le chloroforme, inclus dans la paraffine à

(1) Cet examen a été fait au laboratoire des Cliniques de la Faculté de Médecine.

55° et débités au microtome mécanique de Vialanes (d'Arcachon).

Les coupes ont été examinées au microscope de Verick (oc. 1, obj. 2, et oc. 1, obj. 7).

Ces préparations nous ont montré les particularités suivantes :

Le tissu néoplasique est constitué par deux régions distinctes : une muqueuse dermo-papillaire et un tissu conjonctif sous-jacent considérablement infiltré.

1° *Muqueuse*. Le stratum lucidum est extrêmement net, luisant, coloré en jaune par le picro-carmin ; au-dessus de lui, la couche cornée, qui en quelques points a conservé ses noyaux, est en général peu épaisse. La zone des cellules à éléidine se distingue facilement ; ces éléments sont pleins de granulations rouges et très réfringentes. Le corps muqueux de Malpighi offre sa disposition normale ; les cellules cylindriques y sont bien apparentes.

2° *Derme. Tissu conjonctif.* Les papilles du derme sont fortement hypertrophiées, très longues et digitées.

Au milieu de cellules fixes du tissu conjonctif, on découvre des éléments cellulaires à noyau rond ou ovalaire, à protoplasma hyalin, à limites peu précises. Parfois, on retrouve, isolées au milieu de ce tissu, de grosses cellules très réfringentes, groupées par amas de cinq ou six, à noyaux distincts, mais finement grenus, à protoplasma quelquefois vacuolaire. Certaines de ces cellules sont incolores et leurs noyaux sont entourés d'une zone fortement réfringente ; d'autres sont considérablement gonflées, d'aspect oviforme, paraissant comme hypertrophiées.

Ces éléments rappellent les formes décrites sous le nom de *coccidies* ou *pseudo-coccidies*. Quelques-uns offrent un aspect bilobé avec des stries de chromatine extrêmement nettes, ce qui paraît indiquer une division cellulaire. Ces pseudo-coccidies sont dispersées sans ordre au sein des petites cellules épithélioïdes signalées ci-dessus.

Quelques cellules paraissent avoir subi entièrement la dégénérescence muqueuse ; d'autres sont entourées d'éléments cornés, aplatis et nettement imbriqués ; ce sont des *globes épidermiques* en voie de formation.

Au sein de ce tissu, on aperçoit des éléments fibreux disposés en fines travées ou en faisceaux compacts et ondulés.

Les vaisseaux ont des parois propres, quoique très réduites ; ils sont en général remplis de globules sanguins.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'un *épithélioma pavimenteux lobulé,* au sein duquel on constate des figures *coccidiennes.*

M. Brindel rappelle, à ce propos, un cas observé et présenté par lui : une femme de soixante ans, qui fut opérée, présentait après trois mois, une récidive sur place et dans les ganglions et des signes non douteux d'une généralisation à laquelle elle a, du reste, succombé. M. Auché avait examiné les ganglions atteints ; c'était, comme dans le cas de M. Farguet, de l'épithélioma pavimenteux lobulé.

Et cependant, l'évolution a été rapide, la marche essentiellement maligne.

M. W. Dubreuilh pense également que certains épithéliomas des muqueuses dermo-papillaires, ceux de la vulve par exemple, peuvent évoluer rapidement, puis récidiver absolument comme les épithéliomas greffés sur la leucoplasie buccale. L'observation de M. Farguet, du reste, montre que la structure histologique de sa pièce pourrait en être très bien rapprochée.

M. Coyne se demande quel rôle a joué le prurit dans l'apparition de la lésion ? Certainement, il a pu être de quelque influence par suite des grattages répétés qu'il a occasionnés ; et l'on sait que les épithéliomas consécutifs aux irritations chroniques des muqueuses et de la peau ne sont pas rares. Le prurit vulvaire aurait pu coïncider ici avez la ménopause, comme cela arrive souvent.

M. Arnozan. Le prurit vulvaire est aussi très fréquent chez les glycosuriques ; il est quelquefois d'origine névropathique ; on l'a encore signalé au nombre des signes prodromiques du cancer utérin. Son rôle indirect, mécanique, est très admissible.

M. Coyne. Les habitudes de masturbation pourraient avoir chez la femme des résultats semblables; et cependant, j'ai étudié autrefois les lésions ou déformations vulvaires causées chez la femme par cette pratique ; ce n'est que dans un seul cas que j'ai trouvé l'épithélioma capable alors d'être rapporté aux irritations répétées des parties génitales.

M. Rolland a vu une femme, masturbatrice de longue date, qui est atteinte actuellement d'un épithélioma vulvaire au début.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

Séance du 13 avril 1894.

TUMEUR OVARIENNE. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Folet présente une énorme tumeur abdominale enlevée deux jours avant la séance. Cette tumeur, de forme irrégulière, avait fait penser, lors de l'examen du ventre, à une grossesse extra-utérine, mais un examen plus approfondi, auquel avait pris part M. Gaulard, avait fait rejeter ce diagnostic. La laparotomie exploratrice montra une tumeur du poids de 11 livres, formée par l'ovaire, qui s'était élevée très haut dans le ventre, et uniquement par lui, car on y reconnaît nettement la trompe accolée et sans modifications dans son volume, non plus que dans sa forme. Fait remarquable : cette tumeur ovarienne est uniquement solide.

L'opérée va très bien. Elle a présenté le lendemain de l'opération quelques phénomènes d'intoxication par l'iodoforme, dont on avait saupoudré la ligne des sutures abdominales.

REVUE DE LA PRESSE

IMPÉTIGO DE LA FACE. — VULVITE CONCOMITANTE

Par le Dr C. Variot.

Charlotte Str., âgée de deux ans et demi, a été conduite au dispensaire de Belleville le 29 octobre, pour un impétigo de la face et pour une vulvite.

C'est une enfant de moyen développement élevée au biberon au lait de crémerie. Elle a été atteinte quelques jours après sa naissance d'une ophtalmie purulente pour laquelle elle a reçu des soins d'un oculiste pendant plusieurs mois. — Les cornées et les conjonctives sont actuellement dans un état satisfaisant.

En janvier 1894, première poussée d'impétigo sur le cuir chevelu durant quinze jours ; elle a été guérie au dispensaire par des lavages avec une solution d'acide borique à 4 p. 100 et par des applications de pommade à l'acide borique, 4 gr. d'acide borique pour 30 gr. de vaseline. Depuis trois semaines une plaque d'impétigo a apparu sur le menton ; cette plaque s'étend presque jusqu'à la lèvre, empiète un peu sur la région sus-hyoïdienne, et, de chaque côté, arrive à la hau-

teur de la commissure labiale. Malgré l'application répétée de cataplasmes de fécule, des croûtes noirâtres assez épaisses recouvrent une partie de ce placard. Le reste du visage n'est pas atteint.

Mais à la partie postérieure du cuir chevelu on note quelques croûtes d'impétigo disséminées. Sur la peau des bras et des avant-bras plusieurs éléments croûteux circonscrits. Au pouce gauche une tourniole en voie de guérison.

La mère est surtout préoccupée d'un écoulement purulent abondant qui s'est montré à la vulve depuis six jours, c'est-à-dire 14 jours après le début de l'impétigo de menton.

Cet écoulement tache le linge de l'enfant qui est comme empesé. Les grandes lèvres sont un peu tuméfiées et rouges ; la rougeur s'étend même légèrement sur la peau voisine de la face interne des cuisses. La muqueuse du vestibule du vagin est d'un rouge vif avec un aspect bourgeonnant ; les petites lèvres et le capuchon du clitoris spécialement sont notablement gonflés.

En pareil cas, il convient de se poser la question de savoir s'il y a simplement coïncidence entre la vulvite et l'impétigo, ou si l'éruption cutanée initiale n'aurait pas été la cause de l'inflammation vulvaire.

Sans doute la vulvite est commune chez les petites filles, sans éruption impétigineuse préexistante ; cependant, il paraît bien probable que l'irritation de la muqueuse vulvaire a été provoquée par le transport de la substance virulente contenue dans la plaque d'impétigo de la face.

Nous remarquons chez cette enfant des éléments éruptifs produits sans doute par autoinoculation sur le cuir chevelu, sur les membres supérieurs, une tourniole sur le pouce gauche.

On peut donc présumer avec vraisemblance que l'enfant aura porté ses doigts et ses ongles chargés de débris impétigineux sur la vulve et que par quelques frictions inconscientes, elle aura inoculé sur la muqueuse vulvaire les germes morbides qui entretiennent la suppuration.

On connaît bien les conjonctivites, les stomatites même qui se développent au cours de l'impétigo ; les muqueuses dermo-papillaires ne diffèrent pas fondamentalement de la peau au point de vue structural ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner de voir la muqueuse vulvaire intéressée dans une affection cutanée autoinoculable qui se propage avec autant de facilité que l'impétigo.

La vulvite est traitée par des applications permanentes de tampons de coton hydrophile imprégnés de solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000.

TÉRATOME DE L'OVAIRE.

M. Emmanuel décrit, dans le *Zeitschrift f. Geburtz. u. Gynækol.* un cas de tératome de l'ovaire gauche chez une jeune fille de quinze ans. L'auteur a fait la laparotomie et enlevé la tumeur qui avait un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte, et plusieurs noyaux métastatiques disséminés sur le grand épiploon. Les annexes droites étaient saines. La malade a quitté l'hôpital quinze jours après l'intervention. Elle semblait guérie, mais trois semaines après son départ, elle est de nouveau rentrée avec une ascite considérable, la tumeur a récidivé et quatre mois après la première intervention la malade succomba.

La tumeur primitive, enlevée pendant l'intervention, était formée d'une masse principale de tissu sarcomateux au milieu duquel se trouvaient des formations de provenance ectodermique, des matières sébacées, du tissu fibrillaire et réticulé, du tissu myélomateux et cartilagineux. Des nodules cartilagineux se trouvaient surtout dans les petits kystes, du volume d'un grain de mil à une lentille, à épithélium des plus variables. Dans un, plus volumineux, il y avait un organe qui rappelait parfaitement par sa forme la trachée de l'homme.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'ovaire droit du volume de deux poings, de nombreuses métastases sur le petit et le grand épiploon, ainsi que sur tout le péritoine viscéral et pariétal. Le moignon de la tumeur enlevée était sain. Un noyau isolé se trouvait dans le tissu sous-cutané de l'abdomen, de l'ombilic. Au microscope, on constata que toutes ces tumeurs secondaires étaient les tératomes, de même structure que la tumeur primitive, tandis que les petites nodosités disséminées sur le péritoine étaient des sarcomes à cellules rondes. La tumeur cutanée est attribuée à une greffe directe involontaire pendant l'opération.

D'après l'auteur, bon nombre de kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont en réalité que des tératomes. Les kystes dermoïdes proprement dits ne contiennent que des tissus de provenance ectodermique, et chaque fois qu'on trouve des traces de l'endo ou mésoderme il s'agit d'un tératome.

Les tératomes sont des tumeurs solides, à développement rapide, parsemées de nombreux petits kystes dont le revêtement épithélial a une forme variable. Dans le voisinage de ces kystes on trouve des nodules de cartilage hyalin. La substance fondamentale de la tumeur est formée de tissu sarcomateux. Au point de vue clinique, les tératomes de l'ovaire sont les tumeurs les plus malignes.

(*Gaz. des hôp.*)

PROPHYLAXIE DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS.

Il y a des praticiens qui veulent absolument employer de nouveaux médicaments. Ainsi, soit dit en passant, M. le docteur Moussoir, à Rufisque (Sénégal), emploie le pétrole brut chez les Européens et les nègres dans toutes les conjonctivites légères des adultes et des nouveau-nés et chez ces derniers à titre prophylactique avec un succès constant !

L'huile brute de pétrole ne fait point pleurer le bébé, car elle ne cause aucune cuisson dans les yeux. Il suffirait, paraît-il, d'en verser quelques gouttes dans l'angle interne de l'œil pour qu'elle s'infiltre partout.

Quoi qu'il en soit, voici la méthode de Valude pour éviter l'ophtalmie des nouveau-nés : « Dès la naissance et avant la section du cordon (à moins de circonstances particulières, asphyxie, etc.), essuyer doucement les paupières de l'enfant avec un tampon d'ouate hydrophyle imprégné d'une substance antiseptique et exprimé ; 2° après avoir débarrassé les cils et les bords palpébraux de leur matière grasse, écarter les paupières et insuffler une certaine quantité de poudre d'iodoforme très finement pulvérisé. Ne pas renouveler l'insufflation. »

Ch. Abadie (1), ayant vu cette année une série de cas désastreux et ayant soigné des nouveau-nés dont les yeux étaient complètement perdus dès le moment où on les amenait à sa clinique, a recherché la cause de ces terminaisons funestes.

« J'apprenais, dit-il, alors le plus souvent que les soins n'avaient pas fait défaut, loin de là, mais que le traitement vraiment curatif n'avait pas été appliqué avec la rigueur et selon les règles voulues. Tantôt l'enfant avait été soigné par des lavages répétés avec des solutions faibles de sublimé », tantôt plusieurs fois, par 24 heures, on avait

(1) Abadie. *De l'ophtalmie purulente*, in *Progrès méd.*, 28 avril 1894.

saupoudré la conjonctive d'iodoforme. Dans un cas entre autres, on avait introduit dans l'œil, toutes les 4 heures, une pommade phéniquée et chez tous ces petits malades les cornées avaient été perdues.

« Aussi je ne saurais trop m'élever contre la tendance qu'on a aujourd'hui, pour faire du nouveau, à modifier le traitement si excellent de l'ophtalmie purulente. »

On ne pourrait mieux dire.

Autrefois, à la Maternité de Liége, il y avait 13 % d'enfants atteints. Aujourd'hui on instille, dans le service de M. le professeur CHARLES, régulièrement dans les yeux de tous les nouveau-nés, une goutte de solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 p. 75 et l'ophtalmie purulente a complètement disparu de l'Hospice : à peine voit-on encore de légères conjonctivites deux ou trois fois par an.

Il est vrai que beaucoup de femmes étant atteintes d'écoulements contagieux, il est indispensable, pour réussir pleinement dans la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, de faire *avant l'accouchement* des injections vaginales antiseptiques à 1/6 pour 1,000 de sublimé.

Les quelques lignes qui précèdent prouvent que le nitrate d'argent constitue le spécifique le meilleur dans l'ophtalmie purulente.

Disons en terminant que, l'an dernier, deux épidémies d'ophtalmie purulente ont éclaté à la Maternité de Port Royal, à Paris : plus de 50 enfants sont devenus aveugles. Depuis juillet 1893, on a adjoint un oculiste, chargé de surveiller et de soigner les yeux des nouveau-nés.

On voit combien importante est la prophylaxie de cette terrible affection.

Dr LAMBINON.

(*Journal d'accouchements.*)

UN CAS DE RÉGRESSION RAPIDE DE SARCOMES A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

M. JAHR rapporte l'histoire intéressante d'une femme qu'il a eu l'occation d'observer à la clinique gynécologique de Kiel. Elle présentait un sarcome de la cavité axillaire droite ayant donné naissance à de nombreuses métastases. Cette femme était enceinte, et pendant sa grossesse elle souffrait du fait de métastases péritonéales de si vives douleurs, qu'on fut obligé de provoquer un accouchement prématuré. Pendant les suites de couches, on vit la tumeur principale et les éno-

plasies secondaires diminuer de volume au point que bon nombre paraissaient avoir disparu. La malade n'en succomba pas moins d'affaiblissement au bout de six semaines.

Après autopsie, on examina au microscope un des noyaux sarcomateux et l'on put constater que la régression était bien réelle : ce noyau présentait de la dégénérescence graisseuse et une infiltration de tout son tissu par de nombreux leucocytes. *(Centralbl. f. Gynäkologie*, n° 23, et *Bull. méd.*)

CARCINOME PRIMITIF DU MAMELON.

M. Maudry relate un fait d'un carcinome primitif de la partie centrale du mamelon, chez une femme de soixante et un ans. L'auteur croit que le point de départ était l'épithélium des points d'abouchement des canaux galactophores, car l'épiderme cutané ne présentait de continuité directe avec la néoplasie, et les cellules cancéreuses ne présentaient pas de caractères d'épithélium pavimenteux. A ce propos, l'auteur rappelle trois autres cas semblables de Czerny, Schmidt et Kary, et discute, à ce sujet, la cause de la maladie de Paget. Pour Paget, les affections soi-disant bénignes de la peau, psoriasis et eczéma, quand elles ont leur siège au mamelon, deviennent d'un pronostic sérieux, car il s'y greffe souvent un carcinome. Pour Kary, il ne s'agit, dans la maladie de Paget, ni d'un eczéma chronique de la mamelle, ni d'une maladie spéciale. C'est un carcinome ordinaire en surface et très superficiel. Pour l'auteur, cependant, il faut attendre la confirmation par des autres faits pour se prononcer définitivement sur la nature de l'affection. (*Centr. f. gyn.*, n° 4, 1894.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ABLATION DES OVAIRES.

Kehrer a montré (*Policlino*, *Sez. chir.*, 5) que l'ablation des deux ovaires chez les jeunes caniches empêche l'utérus de s'accroître. Buys et Vandervelte ont eu l'idée de rechercher quelle influence pourrait exercer sur l'utérus la même opération faite sur des animaux plus âgés. A cet effet, ils enlevèrent les deux ovaires à une série de caniches du même âge, en même temps qu'une des cornes de leur utérus bicorne. Au bout de quelque temps ils comparèrent la partie de l'utérus laissée en place avec celle qu'ils avaient extirpée, et déjà vingt jours après leur opération, la différence était probante. La moitié de

l'utérus que leur opération avait ménagée présentait une atrophie manifeste à côté de l'autre, sa muqueuse était ratatinée et comme recroquevillée. De plus, il y avait dégénérescence de l'éphithélium cylindrique des follicules mucipares. L'altération est donc analogue à celle que l'on observe dans le cours de l'évolution sénile de l'utérus. Quant à la cause de cette altération, pour la bien connaître, il faudrait savoir exactement quelle est l'action que, dans l'organisme normal, l'ovaire, d'après ce que disent Buys et Vandervelte, exercerait sur l'utérus.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS

LE POIDS D'UNE FEMME. — Les nombreux moyens employés par les policiers pour la recherche des criminels me paraissent distancés par celui qui vient d'être employé en Allemagne pour capter une épouse légère.

La femme d'un richissime industriel d'Essen abandonna, l'autre jour, à l'improviste, le domicile conjugal.

Le mari fit sur-le-champ de minutieuses recherches et découvrit que l'épouse infidèle avait pris le train de Pecs, en Hongrie. Et voici la dépêche qu'il adressa au préfet de police de cette ville :

« Arrêtez femme qui se trouve dans le train Pecs. Signalement : poids, 83 kilogrammes (poids exact). »

Le préfet, au reçu de cette dépêche, se trouva fort embarrassé, d'autant plus embarrassé que, s'étant rendu à l'arrivée du susdit train constata que la plus grande partie des voyageuses étaient assez fortes. Après quelques hésitations, il se décida à faire peser toutes les femmes arrivées par le train et les fit passer dans la salle de bagages où se trouvait la bascule. Une seule pesait exactement 83 kilogrammes. C'était la fugitive.

Et voilà comment il est utile de savoir le poids exact de sa femme, surtout si elle est un peu... *légère*.

A QUI APPARTIENT UNE JAMBE COUPÉE. — Un procès qui ne manque pas de gaieté, est pendant en ce moment devant la cour de Bruxel-

les. Il s'agit de savoir à qui appartient une jambe coupée. Ce n'est pas que la propriétaire de cette jambe ne soit parfaitement connue, c'est précisément parce que le doute n'est pas possible sur la provenance de ce membre isolé qu'un différend s'est élevé. Un membre amputé appartient-il à son premier propriétaire, ou revient-il de droit au chirurgien qui a pratiqué l'opération ? Telle est la question qui se pose.

Voici d'ailleurs les faits de cette cause singulière. Au mois de mars dernier, une jeune femme de vingt-cinq ans, nouvellement mariée, fit une chute si malheureuse qu'il fallut pratiquer la désarticulation de la jambe.

Ravi de son œuvre, qu'il estimait faite de main de maître, et dans toutes les règles de l'art, le chirurgien pensa que cette jambe pourrait lui servir à avancer rapidement dans la confiance du public. Il la fit donc plonger dans un bocal d'alcool qu'il plaça dans son salon d'attente.

Sur ce vase que j'oserai qualifier de funèbre, sinon de funéraire, était collée une notice explicative indiquant le nom, l'adresse, l'âge de l'ex-propriétaire, ainsi que les conditions tout particulièrement délicates dans lesquelles l'opération avait été pratiquée.

C'était un beau et consolant spectacle pour les clients qui venaient chez le praticien de pouvoir charmer les plaisirs de l'attente en contemplant la jambe de Mme X..., qui, en dépit de la déformation toujours inévitable, était restée un pur et admirable chef-d'œuvre, une merveille de forme et d'élégance ; la finesse de la cheville, la cambrure aristocratique du pied minuscule, les rotondités du mollet étaient autant d'objets dignes de l'admiration des plus fins connaisseurs.

Malheureusement pour l'habile opérateur, le mari de la pauvre mutilée, ayant appris l'usage qu'il faisait de la jambe de sa femme, lui fit enjoindre de cesser cette exhibition qu'il considère à juste titre comme d'autant plus inconvenante que Mme X..., ayant jadis deux jambes comme tout le monde, et rien ne ressemblant tant à une jambe que l'autre jambe, les curieux pouvaient tirer de la contemplation à laquelle ils étaient conviés toutes les conséquences que de droit.

M. X..., exige en outre que la jambe de sa moitié lui soit restituée comme étant bien à lui, puisqu'il avait épousé sa femme avec ses deux jambes.

Mais le chirurgien soutient que le membre détaché par lui est deve-

nu sa propriété, et il se refuse absolument à le rendre, consentant seulement à enlever la notice.

Voilà donc ce pauvre M. X... fort marri et désolé, obligé d'intenter une action en restitution de jambe. Ce n'est certes pas là un cas banal, et les conseillers belges se trouvent placés, on l'avouera, en bien singulière posture. Grand doit être leur embarras pour se tirer à leur honneur de cette délicate affaire.

(*Journal de Méd. de Paris*).

BIBLIOGRAPHIE

I. **Des effets du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis**, par le Dr L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. (Société de thérapeutique, 23 mai 1894.)

II. **Notes sur les anesthésiques (chloroforme, éther, bromure d'éthyle)**, par Adrian. Paris, 1894.

III. **Sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire très fortement améliorée par les applications locales de boues de Dax et les vapeurs naturelles des sources**, par le Dr A. Larauza, médecin des thermes de Dax. Dax, 1994.

IV. **Toxicité du sérum du sang de l'homme sain**, par MM. Mairet et Bosc (de Montpellier).

V. **Du phénosalyl comme agent antiseptique en obstétrique et en gynécologie**, par le Dr Fraipont, chargé du cours de Liége, 1893. (*Sera publié.*)

VI. **Quelques nouveaux faits de grossesse après l'hystéropexie abdominale**, par le Dr F. Fraipont. Liége, 1894.

VII. **L'insomnie et son traitement**, par le Dr Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1894. Soc. d'Edit. scient.

Dans ce travail très original, et d'une réelle importance au point de vue pratique, notre distingué confrère étudie : 1° les inconvénients du traitement de l'insomnie par les médicaments ; 2° la psycho-physiologie du sommeil et de l'insomnie ; 3° la pression artérielle dans le sommeil et l'insomnie ; 4° le traitement rationnel des insomnies à hypertension et à hypotension artérielle ; 5° l'habitude du sommeil ; 6° l'insomnie des neurasthéniques. Cette monographie de l'insomnie et de son traitement fait le plus grand honneur à M. de Fleury ; il s'y révèle à la fois psychologue ingénieux et thérapeute habile en même temps que savant physiologiste.

VIII. **Traitement local et méthode sérumthérapique dans la diphtérie**, par le Dr A. de Grésantignes (communication à la Société de médecine et de chirurgie pratiques). Clermont, Daix, 1894.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

187. — Hystérectomie dans les maladies des annexes de l'utérus. — M. Baldy a fait des recherches pour déterminer si, après l'ovariotomie, l'utérus laissé en place conservait encore quelque utilité. Il en est arrivé à se convaincre que, dans ces cas-là, la matrice devenait complètement inutile, parce que sa véritable fonction, dans l'organisme, est de contenir l'embryon. L'utérus ne sert pas de support au vagin. Il est soutenu par les ligaments larges que l'on incise dans l'ovariotomie double. D'ailleurs, l'utérus tout entier peut être enlevé et le col laissé intact, pourvu que les connexions qui existent entre le vagin et le col de la matrice ne soient pas interrompues. Il y a, de plus, ce fait que, après une double ovariotomie, très souvent les malades ne sont pas complètement guéries, mais pendant des mois entiers elles se plaignent de douleur, de métrorrhagie, de pertes blanches, etc..., tandis qu'il y a toujours guérison des cas où l'on pratique l'hystérectomie à la suite des symptômes persistant après l'ovariotomie. L'auteur donne des détails de quatre cas à ce sujet. L'hystérectomie ne donne pas une mortalité supérieure à celle qui accompagne la double ovariotomie, et, d'ailleurs, la présence de l'utérus est un danger pour le malade ; car l'utérus est souvent atteint de métrite et il peut devenir le siège d'une affection cancéreuse ou tuberculeuse. Vingt pour cent des cas de pyosalpinx sont de nature tuberculeuse et dans tels cas l'utérus s'infecte facilement. Il est donc plus sûr, dans beaucoup de cas, du moins, car il n'est pas nécessaire, dans tous les cas, d'enlever l'utérus en même temps que les annexes. Dans la discussion qui eut lieu au sujet de cette communication à la Société de Gynécologie et de Pédiatrie, Krug se montra du même avis que Baldy.

Aujourd'hui, il est pleinement établi, dit-il, que la persistance des symptômes est due à la présence de l'utérus enflammé qui est le siège premier et la cause première de toutes les lésions. On doit pratiquer l'hystérectomie dans tous les cas où une double ablation des annexes est nécessaire. Slanks aussi dit avoir trouvé chez ses malades que la

persistance des symptômes après l'ovariotomie était due à ce que l'on n'avait pas enlevé l'utérus. L'hystérectomie rend le drainage de la région plus parfait, elle est suivie d'une convalescence plus régulière et se termine par la guérison complète. Il faut cependant faire des réserves pour les cas suivants : ancien pyosalpinx compliqué d'endométrite catarrhale purulente ou chronique ; salpingite ou ovarite puerpérale accompagnée par une endométrite puerpérale ; salpingo-ovarite avec fortes adhérences et rétroversion de l'utérus. D'autre part, Byford soutient que l'hystérectomie est préférable seulement dans les deux cas suivants : lorsqu'elle vaut mieux au point de vue opératoire que la simple extirpation des annexes et lorsque l'utérus ne peut pas être guéri sans l'ablation. Cushing appuie sur les difficultés et les dangers de l'opération. Gordon juge inutile d'enlever un utérus sain et normalement placé. Wathon et Mc F. Emmet sont opposés à l'hystérectomie tant qu'elle n'a pas d'indications définies. Gill Wylie dit que l'utérus doit être enlevé en même temps que les annexes dans les cas de tumeur maligne, d'inflammation persistante de l'utérus, de fibrome, et, en règle générale, chez les malades de plus de 35 ans. Dans la grande majorité des autres cas, l'ablation double des annexes suffit et n'est généralement pas suivie de la réapparition des symptômes douloureux.

(*British Medical Journal*, septembre 1894.)



188. — Emploi du méthylène en obstétrique et en gynécologie. — MM. Fieux et Lugeol (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 12 octobre 1894) se louent de l'emploi de ce médicament. Dans tous les cas traités par le bleu de méthylène les résultats ont été des plus satisfaisants. Tandis que les malades soumises aux injections de sublimé répétées plusieurs fois par jour traînaient quelquefois longtemps avant de s'améliorer et n'étaient pas toujours à l'abri d'autres complications septiques, chez toutes les malades traitées à temps par le bleu méthylène les accidents ont cessé presque instantanément et d'autant plus vite que l'intervention a été plus hâtive.

M. Lugeol, qui a inspiré le travail de son interne M. Fieux, s'est également bien trouvé de l'usage du bleu de méthylène contre la cystite, l'uréthrite et la métrite simple ou compliquée des inflamma-

tions des annexes. Il cite à l'appui de sa thèse quatre intéressantes observations.

M. Rivière, dans la disscusion qui a suivi cette communication, objecte aux auteurs que leurs observations ne font mention de l'emploi du bleu de méthylène qu'après celui du sublimé, dont les preuves sont faites et à qui revient peut-être tout le mérite de la désinfection obtenue, bien que l'amélioration qu'il procure puisse être un peu tardive, si les germes ont déjà pénétré dans l'économie.

M. Lugeol répond que, non seulement après les injections de sublimé il n'y avait pas eu d'amélioration, mais encore que la température continuait à élever ; il était nécessaire de recourir à une autre médication. Il en était de même dans les deux cas où on a fait le curettage ; l'état général s'aggravait. L'auteur en conclut que le curettage et le sublimé étaient impuissants chez ces malades.

M. Lugeol ajoute qu'il s'est bien trouvé de l'emploi du bleu de méthylène pour l'ophtalmie purulente des enfants, mais qu'il n'a pas cru devoir en parler parce que toujours l'action des couleurs d'aniline avait été précédée de celle du nitrate d'argent.



189. — Traitement de la dysménorrhée cervicale, par le Dr F. Noll. (*Centralbl. f. Gyn.*, 26 mai 1894.) — Chez cinq malades atteintes de sténose de l'orifice interne, l'auteur a procédé de la façon suivante : désinfection et dilatation (jusqu'au n° 9 des bougies d'Hegar), puis incisions radiées au point rétréci, enfin introduction d'un couteau de Paquelin d'un diamètre correspondant au n° 9 d'Hegar. L'opération terminée, le canal cervical fut tamponné pendant vingt-quatre heures avec de la gaze iodoformée : repos au lit pendant six jours. Les résultats ont été excellents. (*Rev. de thér. méd. chir.*)



190. — Quatre symphyséotomies, par le Dr H. Fritsch. (*Centralb. für Gynec.*, 12 mai 1894.) — L'auteur rapporte quatre cas de symphyséotomie, tous terminés par la guérison, bien que dans un cas une pneumonie intercurrente ait fait craindre pour les jours de la malade. Dans trois cas la symphyse a conservé une certaine mobilité, qui n'a pas cependant empêché les opérées de se livrer plus tard à leurs travaux habituels.

FORMULAIRE

De l'emploi du salophène dans les cas de névralgies pelviennes chez les rhumatisantes.

(Jules Chéron.)

C'est principalement chez les rhumatisantes atteintes de névralgies pelviennes que le salophène trouve une heureuse application de sa double action analgésique et antirhumatismale, à cause de sa parenté avec le salicylate de soude.

Le salophène a pris à l'étranger la place du salol (salicylate de phénol) qui n'a pu remplacer le salicylate de soude, vu les nombreux cas d'intoxication qui lui ont été reprochés.

Le salophène représente la combinaison de l'acide salicylique avec l'acétyl-paramidophénol et forme ainsi un acétylpara-amidosalol qui se présente sous la forme de lamelles d'un blanc grisâtre, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'éther et l'alcool, sans saveur et sans odeur ; nullement toxique.

La dose thérapeutique à laquelle se sont arrêtés les auteurs qui ont employé le salophène est de cinq grammes, mais il m'a paru que la dose de trois grammes est un maximum bien suffisant, dans les cas de névralgies pelviennes.

Le suc gastrique ne dédouble point le salophène, les sucs intestinaux et le suc pancréatique se dédoublent en acide salicylique et en acétyl-paramido-phénol, parce que le milieu est alcalin. C'est parce qu'il ne se dédouble que dans l'intestin qu'il ne produit point de nausées et de douleurs d'estomac comme le salicylate de soude.

C'est par 0,50 centigr., un gramme au plus, à la fois, qu'il convient d'administrer ce médicament; les doses massives risquent d'être éliminées sans dédoublement.

Je fais prendre habituellement 0,50 centigr. au réveil, 0,50 centigr. avant le second déjeuner ; 0,50 centigr. à quatre ou cinq heures ; deux fois 0,50 centigr. avant le dîner et 0,50 centigr. en se couchant.

On peut le prendre en cachets, en pilules ou simplement en paquets dans un peu d'eau, puisqu'il n'a aucune saveur.

Les douleurs cèdent aussi rapidement qu'avec les doses élevées de salicylate de soude. Son emploi dans la dysménorrhée donne aussi les meilleurs résultats.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

H

I

K

L

M

N

V

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.